



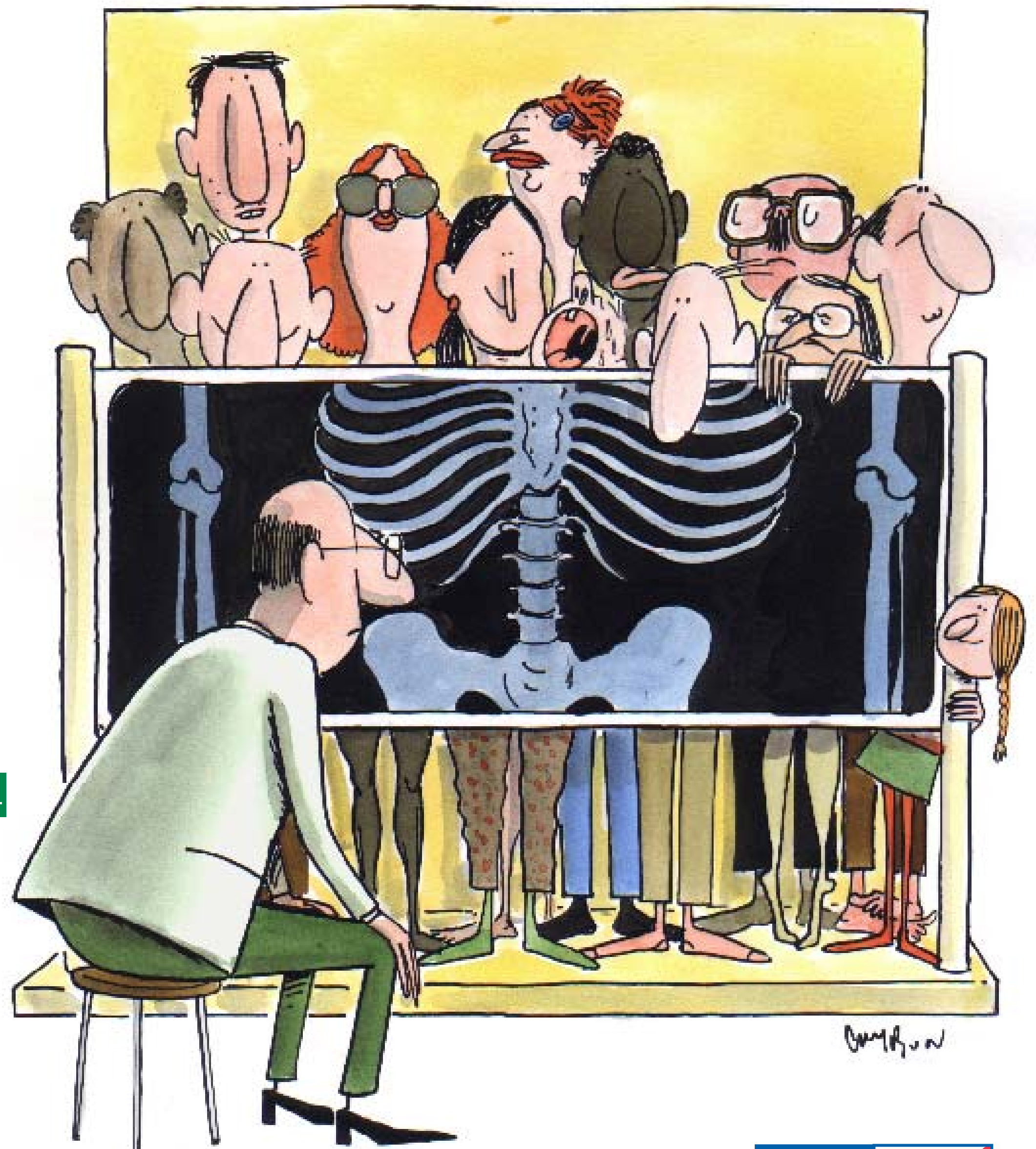
DOSSIER 51

La démarche communautaire en santé, **un état d'esprit**

L'alimentation des plus démunis en Europe P5

Anthropozoonoses
Ces petites bêtes qui font peur... P41

Santé à l'école
Léo en Bretagne P44



351

Janvier-Février 2001 – 39 F

CFES
Comité Français d'Education pour la Santé
www.cfes.sante.fr

Quelle est l'actualité en éducation pour la santé ?
Quelles sont les actions à mener sur le terrain ?
Quels publics toucher et de quelle façon ?

Professionnel de santé, enseignant, travailleur du secteur médico-social, éducateur ou étudiant

vous vous posez ces questions, vous souhaitez une information et une aide régulières...



est conçue à votre intention

Avec six numéros par an, *La santé de l'homme*
vous permet de suivre l'actualité des enjeux de la promotion de la santé,
vous fournit des éléments d'analyse et de réflexion,
vous apporte un soutien dans vos actions de prévention.

Tarifs 2001 – Veuillez m'abonner au tarif :

France métropolitaine	**1 an (6 numéros)**	**165 FF**	❑
	2 ans (12 numéros)	**295 FF**	❑
Étudiants	**1 an (6 numéros)**	**110 FF**	❑
(sur présentation d'une copie R°/V° de la carte en cours de validité)			
Autres pays et outre-mer	**1 an (6 numéros)**	**220 FF**	❑

Soit un montant de.................FF
Ci-joint mon règlement par chèque bancaire ❑ chèque postal ❑ à l'ordre du CFES
Veuillez me faire parvenir une facture ❑

Nom .... Prénom ....
Organisme .... Fonction ....
Adresse ....
....
Date et signature :

Je souhaite recevoir les numéros suivants :
(prix au numéro : 39 FF).

❑ Arrêt du tabac : les méthodes qui marchent, N° 338.
❑ L'allaitement maternel, N° 339.
❑ Question de poids, N° 340.
❑ Éducation du patient... formation des soignants, N° 341.
❑ Quelle prévention du suicide ? N° 342.
❑ Famille et santé, N° 343.
❑ Pratiques créatives en éducation pour la santé, N° 344.
❑ L'éducation pour la santé est-elle éthique ? N° 345.
❑ Éducation à la santé à l'École, N° 346.
❑ Regards sur les dépendances, N° 347.
❑ Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ?, N° 348.
❑ De l'hygiène à la santé, N° 349.
❑ Handicaps : éduquer notre regard, N° 350.

LA Santé de l'homme **CFES, 2 RUE AUGUSTE COMTE, BP 51, 92174 VANVES CEDEX**

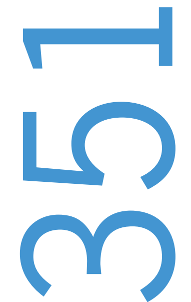
SH 351



Sommaire

Dossier : P. 13 à 40

La démarche communautaire en santé, un état d'esprit



Au sommaire du prochain numéro : Jeunes et communication



Le « génie associatif »

Ce millénaire, ce siècle s'ouvrent sur l'anniversaire de la loi qui fonde notre existence commune : nous, CFES, comités régionaux et départementaux d'Éducation pour la santé et autres institutions intervenant dans ce champ, sommes structurés par la loi de 1901, qui est le cadre juridique le plus fréquent dans notre discipline. Certes, rien n'exclut l'éducation pour la santé du champ de l'administration ou du secteur commercial, mais, de fait, notre activité a trouvé dans le statut associatif comme un terreau, un lien naturel, une sorte de patrie.

Célébrons l'existence d'une loi qui 'est avérée extrêmement féconde en initiatives, créatrice de droits et porteuse de démocratie.

L'association n'est pas une invention de la loi de 1901. Cette forme de lien s'enracine dans la « nature » (l'homme n'est-il pas d'abord un animal « social » avec une propension « naturelle » à la famille, au clan, au groupe) et dans la culture (toute société ne repose-t-elle pas sur une forme de contrat qu'on a pu qualifier de social ou de moral ?).

Historiquement, l'associativité a été d'abord liée à l'esprit de charité : la « pulsion » de bienfaisance a produit les premières associations : hôtels-Dieu, fondations, « ordres » en tous genres qui permettaient de mettre en commun des moyens de lutter contre la misère et la maladie.

L'autre filiation est celle qui rattache l'association à l'« homo faber », à la source très ancienne qui est le lien entre les producteurs, artisans, artistes, ouvriers : guildes, corporations, compagnonnages et autres mutuelles ont très tôt encadré et permis des regroupements basés sur le travail commun.

Malgré ces fondements très anciens, la liberté associative dut être conquise de haute lutte : ces assemblages et, en particulier, ceux créés par la « pulsion » caritative et par la solidarité professionnelle étaient des menaces potentielles pour le pouvoir. La loi de Chapelier, en 1793, les interdit : *« il n'est permis à personne d'inspirer aux citoyens un intérêt intermédiaire, de les séparer de la chose publique par un esprit de corporation »*. Le code Napoléon institua un régime d'autorisation préalable qui ne disparut complètement qu'en 1901, après la reconnaissance en 1884 de la légalité des syndicats, puis, en 1888, des mutuelles. Encore faut-il savoir que l'esprit de la loi votée en 1901, dans un contexte de vive tension autour de la séparation de l'Église et de l'État, était moins de créer un espace de liberté que de restreindre l'espace des congrégations…

Mais, peu à peu, ce texte simple et court qui donnait une existence, un pouvoir (« la personnalité morale ») à une *« convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de faire des bénéfices »* allait favoriser une multitude d'initiatives et de projets féconds et vivants, au plus proche des besoins des citoyens. La liberté associative est ainsi apparue, au fil du temps, constitutive d'une liberté publique qui fut, en 1971, consacrée comme un principe fondamental garanti par la Constitution.

Plus de 700 000 associations ont été recensées en France ; il se crée chaque année une association pour mille habitants. Après le secteur de la culture, des loisirs et de la jeunesse, c'est celui du social et du sanitaire qui est le plus riche en associations. On trouve celles-ci en amont et en aval de la politique sociale, avec les multiples associations représentatives des usagers, des parents de handicapés, de professionnels… Ce sont des interlocuteurs et des partenaires ou, suivant les cas, des opposants ou

des contradicteurs des pouvoirs publics lors de l'élaboration des lois ou des décisions politico-administratives importantes ; en ce moment, par exemple, autour de la question de l'accès direct au dossier médical du malade.

Les associations sont présentes, aussi, au niveau de la mise en œuvre des politiques : proches du terrain et douées, par nature, d'une capacité d'adaptation que n'ont pas les structures publiques, elles sont un laboratoire d'innovations ; elles sont à l'origine, par exemple, de l'insertion par l'économique, des clubs de prévention, des radios « libres », de la défense des immigrés, de la santé communautaire, des droits des malades… Après expérimentation sur le terrain de nouvelles formes d'intervention, elles amènent bien souvent les pouvoirs publics à légiférer et à reconnaître de nouveaux droits ou de nouveaux dispositifs dans l'organisation administrative. Certaines associations peuvent être alors officiellement chargées d'un service public ou transformées, comme prochainement le CFES, en établissement public. Les associations remplissent aussi un rôle considérable de gestionnaires : plus de 60 % des établissements et services sociaux leur sont confiés, dans le sanitaire – plus technicisé – la proportion est de 10 %.

Si la loi de 1901 a fait ses preuves, le secteur associatif, quant à lui, malgré son importance et sa croissance, reste fragile et menacé de dérives.

Fragile à cause d'un système de financement qui, par nature, n'est pas enraciné sur l'économie de marché et fait appel à des ressources publiques ou à des dons privés. Il faut dire que, malgré les déclarations et les circulaires, malgré l'existence épisodique d'un secrétariat d'État à l'Économie sociale, les pouvoirs publics n'ont pas trouvé des modes de reconnaissance, de financement et de contrôles qui permettent de dépasser l'ambivalence, la rivalité, voire la méfiance qui marquent encore trop leurs relations avec le monde des associations. Il est vrai que le « tiers secteur » dont les associations font partie, avec les coopératives et les mutuelles, a une place difficile et de plus en plus étroite entre le secteur public et le secteur lucratif. Par ailleurs, les associations doivent se garder de deux sortes de dérives qui les guettent constamment – et peut-être de plus en plus – le risque de bureaucratisation (celle qui menace les grandes associations gestionnaires d'établissements) et la tentation de recherche de profit (que l'on trouve parfois dans les « entreprises » dites associatives du tourisme et du loisir).

Si la loi de 1901 a fait ses preuves, le secteur associatif, malgré son importance et sa croissance, reste fragile et menacé de dérives.

Mais, par rapport au thème de ce dossier, la santé communautaire, la forme associative, souple et participative est particulièrement bien adaptée.

Fêtons donc en même temps que notre entrée dans le millénaire, l'existence d'une loi qui, au fil du temps, s'est avérée extrêmement féconde en initiatives, créatrice de droits (et naturellement aussi de devoirs) et porteuse de démocratie. Son succès témoigne aussi que notre société n'est pas entièrement envahie par la logique marchande et placée sous l'emprise de l'utilitarisme : la course folle à la performance et au bénéfice a des limites, les valeurs d'échange, de solidarité ne font pas seulement partie de la sphère privée, elles sont organisées et reconnues socialement. Le don et le partage continuent à fonctionner et à donner du sens à ce que nous faisons.

Bernadette Roussille
Déléguée générale du CFES.

Nutrition, précarité, éducation pour la santé

Le congrès européen de santé publique de *l'European Public Health Association,* organisé du 14 au 16 décembre 2000 par la Société française de santé publique, a porté sur la réduction des inégalités de santé en Europe. À l'occasion d'une journée consacrée à la nutrition, le CFES a mis en place un atelier de réflexion sur des initiatives en matière d'éducation pour la santé face au problème de l'alimentation des populations en situation de précarité.

La situation de précarité dans laquelle se trouve une part non négligeable de la population, en France comme dans beaucoup d'autres pays européens, pose la question de l'accès de ces personnes à une alimentation suffisante et équilibrée.

Pour ceux qui vivent en-dessous ou à la limite du seuil de pauvreté, les difficultés alimentaires se multiplient. Le nombre croissant de repas servis par les trois associations d'aide alimentaire françaises en est un témoin bien visible. L'ampleur de cette situation et ses conséquences pressenties, notamment chez les enfants, en font un problème alarmant. Plusieurs enquêtes montrent des risques de carences et de maladies liées à une consommation alimentaire inadaptée aux besoins des individus.

En amont de la question de la composition des journées alimentaires, se posent celles du choix ou du non-choix des aliments, de la façon dont une personne en situation de précarité s'arrange des contraintes qu'elle cumule, de ses désirs, de ses connaissances et savoir-faire. Dans une société de profusion alimentaire, comment garder un libre choix et adopter un comportement alimentaire bénéfique à sa santé ? Différentes réponses peuvent être apportées par les initiatives suisse, belge et françaises suivantes.

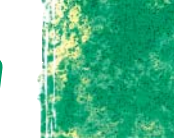
Alimentation et précarité : quels risques pour la santé des plus démunis ?

En France, 10 à 20 % de la population vivent avec moins de 3 800 francs par mois. Ce montant est retenu pour fixer le seuil de pauvreté, niveau en-dessous duquel on considère que le revenu disponible est insuffisant pour vivre et se maintenir en bonne santé. Pour ces populations, les dépenses alimentaires représentent une proportion importante des revenus : 28 ou 30 % en moyenne, et jusqu'à 50 % du budget. Des apports alimentaires équilibrés ne sont peut-être plus garantis, d'autant que ces personnes ont perdu ou mal acquis les connaissances culinaires ou pratiques qui permettraient de compenser. Peut-on craindre pour les personnes en difficultés économiques une régression de l'état de santé liée à des pratiques alimentaires inadaptées ?

En France, les enquêtes nutritionnelles révèlent des risques réels de carences d'apports concernant certains nutriments essentiels (vitamines, calcium, fer, etc.) et une prévalence accrue d'obésité (17 % vs 7 % dans la population générale). Les enquêtes réalisées aux États-Unis auprès de publics en difficultés économiques fournissent des données complémentaires : on y observe des carences installées –, et non simplement des risques de carences – une fréquence plus élevée de certaines pathologies et des désordres psychosociologiques graves, en particulier chez les enfants.

Les conséquences de la précarité sur le statut nutritionnel ne sont actuellement pas encore bien connues en France. Mais si l'on en juge par l'évolution constatée aux États-Unis, cette situation peut devenir préoccupante à terme. Plus que jamais, le développement de programmes d'aide alimentaire est aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique.

Contact : Dominique Poisson
Centre de recherche et d'information nutritionnelles (Cerin)
45, rue Saint-Lazare, 75009 Paris – France.



Coût d'une alimentation équilibrée en Suisse

Un travail de recherche a été effectué à Genève, en 1998, dans le but de sensibiliser les pouvoirs publics, les travailleurs sociaux et les professionnels de santé, d'informer les députés amenés à décider des montants des allocations et de proposer des actions de promotion de la santé par l'alimentation auprès des populations en situation de précarité. Une approche des populations démunies, puis de l'alimentation – et plus particulièrement de ce que représente le coût réel d'une alimentation équilibrée favorable à un bon état de santé calculée par groupe familial – a été réalisée.

Les rations alimentaires équilibrées, le coût des aliments à l'achat, puis le prix de revient des aliments en poids comestible ont été déterminés afin de proposer des conseils de conception de menus et d'achats alimentaires en tenant compte du rapport qualité nutritionnelle des aliments/prix de revient. Le coût de l'alimentation par jour, puis pour quatre semaines, a été évalué. Pour aborder une meilleure connaissance des publics démunis, plusieurs entretiens ont été réalisés auprès de travailleurs sociaux, de responsables d'institutions publiques, de professionnels de la santé œuvrant dans le domaine de la précarité.

Il est constaté que les ressources disponibles, en Suisse, pour des personnes démunies, ne sont pas toujours suffisantes pour s'alimenter de façon équilibrée selon les apports nutritionnels conseillés. Les critères des aides financières attribuées devraient tenir compte du coût réel de l'alimentation afin de prévenir des carences à long terme. Cette difficulté est encore davantage ressentie par les personnes possédant peu de savoir-faire culinaire pour lesquelles elle s'ajoute encore au manque de moyens matériels et financiers. C'est le cas notamment de populations migrantes essentiellement masculines, issues de sociétés où le savoir-faire et les tâches culinaires appartiennent aux femmes. Cela est également constaté pour nombre de jeunes, hommes et femmes cette fois, eux-mêmes issus de familles en difficulté et qui ont perdu ces repères et savoir-faire.

En outre, le sujet des pratiques alimentaires en lien avec la santé et les ressources disponibles n'est pas souvent abordé par les professionnels avec leurs « clients ». Ces derniers en témoignent par des phrases telles que *« on se débrouille », « on mange toujours des pâtes, du riz, des pommes de terre », « on a l'impression de manger toujours la même chose »*. La question est le plus souvent *« avec quoi acheter de la nourriture en suffisance ? »*. Ainsi, les demandes de la population auprès des services sociaux sont principalement de l'ordre des ressources financières.

Pour favoriser un bon état de santé, l'éducation nutritionnelle s'avère plus que nécessaire auprès des personnes vivant dans la précarité et des professionnels en lien avec elles. Des actions de santé communautaire devraient être entreprises en collaborant avec tous les réseaux de l'action sociale et de la santé. Différents matériels d'information libellant des messages simples, attractifs, colorés, traduits en plusieurs langues et adaptés aux différents publics démunis devraient être créés. Plusieurs pistes d'actions ont été proposées dans ce sens.

Contact : Marie-Pierre Theubet
Département de l'instruction publique,
service de santé de la jeunesse,
11, Glacis-de-Rive, 1211 Genève 3 – Suisse.



La vie quotidienne autour de l'alimentation de familles à faibles revenus

En 1995-1996, l'association *Re-VIVRE,* en partenariat avec la direction générale de l'Alimentation, le Centre de recherche et d'information nutritionnelles, la Fédération française des banques alimentaires, le Centre international de l'enfance et de la famille et le Centre de recherche Foch, a mené une recherche-action, dans trois régions françaises, sur les comportements alimentaires auprès de six cents familles vivant avec de faibles revenus.

L'objectif scientifique était d'explorer les comportements, les pratiques et les représentations alimentaires, les motivations en termes de choix de produits, de modes d'approvisionnement, de pratiques, de préparation et de consommation effectives, ainsi que les attentes des mères en matière d'aide alimentaire et de conseils dans le domaine de la santé.

Au niveau méthodologique, l'objectif était de valider l'intérêt d'une approche ethnologique pour ce type de projet.

L'objectif économique était de recueillir des données sur les modes d'approvisionnement, sur les préférences et attentes de produits alimentaires, sur leur utilisation, afin d'engager des actions d'information et de prévention, d'adapter les aides à ces populations pour le secteur médico-social et le secteur agroalimentaire.

Pour l'association *Re-VIVRE,* les objectifs de cette recherche-action étaient d'évaluer les demandes du public, surtout des familles, en terme d'organisation des épiceries sociales, forme d'aide alimentaire et d'aide à la réinsertion.

Il s'agissait d'une étude qualitative menée auprès de cinquante-cinq familles à faibles revenus (revenus inférieurs ou égaux au seuil de pauvreté défini par l'Insee), vivant en région parisienne. Les outils de recueil de données consistaient en un entretien semi-directif et l'observation des participantes.

Les résultats portent sur les différents thèmes liés à la gestion de la vie quotidienne autour de l'alimentation : approvisionnement (dont aide alimentaire), gestion des ressources, savoir-faire culinaire, préparation et structure des repas, différences au sein du foyer, croyances et pratiques relatives à l'alimentation et la santé, attentes en matière d'aide alimentaire et de services adjacents.

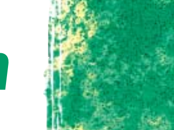
La richesse et la diversité des histoires de vie de ces familles contribuent à une réflexion sur nos préjugés et idées reçues concernant le vécu de la précarité, et permettent de relativiser nos propres comportements alimentaires.

Malgré une grande diversité, sont ressortis différents mécanismes ou « stratégies adaptatives » récurrents dans toutes les familles :

- la recherche d'économie maximale, qui se manifeste à plusieurs niveaux : diversification des lieux d'achat, comparaison minutieuse des prix dans et entre les magasins, utilisation de moyens de transports économiques, nette démarcation entre les produits « essentiels » et le « superflu »;
- le souci de ne rien gâcher, qui se traduit par l'utilisation optimum des aliments achetés et préparés, par la consommation quasi systématique des restes et de certains aliments périmés, par le don ou la récupération d'aliments non utilisés par l'entourage ;
- le maintien des habitudes alimentaires familières (du milieu socioculturel d'origine), en termes de choix et d'utilisation des aliments ;
- le décalage entre savoir-faire culinaire et préparation effective du repas ;
- le fait de protéger au maximum les enfants de la pauvreté ;
- la forte valeur symbolique associée aux produits de marque, à la consommation de viande et au fait de pouvoir choisir ses achats (même si la notion de choix est ici relative).

Une différence importante a été discernée quant au vécu de la situation de précarité entre les personnes vivant depuis toujours avec de faibles ressources et celles dont le niveau de vie a chuté brusquement. On pourrait parler de « profil socioculturel » dans la gestion de la situation de précarité. En terme de santé publique, il apparaît que la monotonie alimentaire, la fréquence du grignotage et la moindre consommation de fruits et légumes soient plus représentées dans les familles vivant avec de faibles revenus que dans la population générale. Les résultats laissent également supposer que les mères de familles, surtout celles vivant dans des foyers monoparentaux, semblent plus à risque de carences nutritionnelles que leurs enfants. Elles sont en effet plus nombreuses que dans la population générale à sauter des repas et manger en faible quantité, et ceci pour des raisons davantage liées à l'estime de soi et à la solitude qui s'ajoutent aux problèmes économiques.

Contacts : Sabine Durand-Gasselin
Comité des Yvelines d'éducation pour la santé, 47, bd du Maréchal Foch, 78000 Versailles – France.
François-Marie Luquet
Association Re-Vivre, 14, rue du 8 mai 1945, Route de Chateaufort, 91190 Gif-sur-Yvette – France.



« Alimentation atout prix » : de la conception d'un outil à la construction d'un réseau national d'acteurs

Réalisé en partenariat avec le Comité français d'éducation pour la santé et le Centre de recherche et d'information nutritionnelle, le classeur pédagogique *Alimentation atout prix* se donne comme objectif d'apporter un début de réponse au défi que sont la précarité et le manque alimentaire, en contribuant à faire de la préparation et du partage des repas un moment fort de promotion de la santé pour les personnes dans leur environnement familial et social.

La structure générale de l'outil est organisée en quatre parties avec un préalable éthique et trois chapitres : acheter atout prix, préparer atout prix, manger atout prix.

Chaque chapitre est composé de fiches utilisant trois types d'objectifs pédagogiques :
• faire émerger des représentations et des attitudes ;
• construire, choisir et comparer des données en termes de connaissances et de pratiques ;
• proposer et résoudre des exercices de mise en situation.

Les fiches sont constituées de pages de texte comportant des éléments de connaissances et des transparents (pour rétroprojecteur) en couleurs. La communication visuelle est privilégiée (au total 67 transparents couleur utilisant une banque de données de 500 dessins).

Un programme national de formation continue conduit au cours de l'année 1997 a permis de former cent professionnels et bénévoles d'associations caritatives à l'utilisation de cet outil. Un réseau d'acteurs s'est construit avec, pour moyens de fonctionner, une lettre triannuelle et un séminaire d'analyses de pratiques autour des actions nutritionnelles de promotion de la santé réalisées avec les personnes en situation de précarité alimentaire.

Contact : Lucette Barthélémy
Collège régional d'éducation
pour la santé de Lorraine,
2, avenue du Doyen Jacques Parisot,
54501 Vandœuvre-lès-Nancy – France.

Visites guidées de supermarchés adaptées aux publics précarisés

« Les décisions d'achat concernant les aliments se prennent sur les lieux d'achat »
(Laurendeau).

L'unité d'Éducation santé de l'Observatoire de la santé du Hainaut a implanté un modèle d'intervention original d'éducation nutritionnelle. Ce modèle est tiré de l'expérience d'une équipe de promotion de la santé du cœur dans le cadre d'un programme communautaire de prévention des maladies cardio-vasculaires.

Des actions en grande surface permettent de développer le sens critique et de susciter le questionnement. Le mode d'intervention en magasin vise à faire connaître les caractéristiques et les effets des aliments sur la santé, à comprendre les éléments essentiels de l'étiquetage, à découvrir des produits inhabituels, à équilibrer alimentation et budget, à comprendre les pressions commerciales et publicitaires, et à être attentif aux phénomènes de mode.

Dans chaque rayon, des produits sont présentés par un professionnel de la santé (qualité nutritionnelle, mode d'utilisation, caractéristiques marketing). L'intervenant répond aux questions des participants. Une synthèse sous forme de débat clôture la visite dans le supermarché pour les questions restées en suspens. Un dépliant et un feuillet d'information sont remis à chaque participant. Une rencontre préalable hors magasin avec le groupe est indispensable pour déterminer leurs besoins, évaluer leur niveau de connaissance en matière d'alimentation et cerner leurs habitudes d'achat et de consommation. Ces données déterminent le circuit de la visite.

L'évaluation d'impact indique que les connaissances se maintiennent après six semaines, mais que l'impact au niveau des modifications des habitudes de vie est peu probant si la visite ne fait pas partie d'un programme d'éducation nutritionnelle plus large. Ce programme doit au moins comprendre une séance de diagnostic avant la visite et une ou plusieurs rencontres après la visite (consolidation des acquis, analyse des barrières et des freins, renforcement des éléments facilitants, passage à l'acte, conditions du maintien des habitudes prises, adaptation au contexte de vie, etc.). Cette technique d'intervention a été intégrée dans des centres publics d'aide sociale, un foyer d'accueil pour personnes handicapées mentales et dans un centre de transit pour sans-abri.

Contact : Geneviève Houioux
Observatoire de la santé du Hainaut,
Secteur Éducation Santé,
Rue Saint-Antoine 1,
B7021 Havré – Belgique.

Recommandations pour l'action

La discussion, à l'issue de la présentation de ces initiatives, a permis de dégager quelques réflexions qui peuvent contribuer à la mise en place d'actions d'éducation pour la santé en direction des populations en situation de précarité :

• Nécessité de prendre en compte, au sein de chaque action d'éducation nutritionnelle, les différentes dimensions de l'acte alimentaire et de partir des représentations et habitudes des personnes, de manière à répondre de façon spécifique à leurs besoins et contraintes, et à les aider à conserver une gamme de choix la plus élargie possible.

• Intérêt de la mise en place d'actions dans les collectivités locales visant à réhabiliter, auprès des enfants notamment, la culture et les plats traditionnels
Ateliers sensoriels ou culinaires permettant de redécouvrir ou découvrir des saveurs, incitation des restaurations collectives de crèches ou de cantines scolaires à proposer, de temps en temps, certains de ces plats, etc.
En effet, les acteurs de terrains constatent que souvent, les femmes en situation de précarité et particulièrement celles d'origine étrangère, n'osent plus cuisiner des recettes traditionnelles de peur que les enfants ne les aiment pas, refusent de manger et gaspillent ainsi de la nourriture, ce qu'elles ne peuvent se permettre financièrement. Ces mères sont ainsi amenées à proposer toujours le même type de plats peu coûteux et susceptibles de plaire à leurs enfants (pâtes, frites, etc.). Cela met ainsi en jeu la question de l'estime de soi de ces femmes sur laquelle une action de promotion de la santé par le biais de l'alimentation doit aussi essayer de travailler.

• Développement des temps éducatifs autour de l'alimentation avec les enfants
Ce type d'activité allant des véritables cours de cuisine aux partages de goûters diversifiés dans les petites classes, en passant par les séances de dégustation ou les classes d'éveil sensoriel, sera de préférence relié au programme scolaire et aux autres activités ou événements de l'établissement. Il permet, outre l'acquisition de techniques culinaires, la sensibilisation aux mesures d'hygiène et aux liens entre l'alimentation et la santé, la découverte de différents aliments, l'ouverture à d'autres habitudes alimentaire et ainsi toute une gamme d'expériences et de savoirs dont pourra tirer parti l'enfant dans son comportement alimentaire. Ces activités peuvent également permettre d'intégrer les parents et devenir ainsi un moyen de travailler sur la parentalité.

• Valorisation et développement des savoir-faire culinaires
On se rend compte que parvenir à avoir une alimentation équilibrée adaptée à ses besoins avec de faibles moyens financiers nécessite un ensemble de savoir-faire pour choisir, acheter et surtout cuisiner des aliments de base bénéficiant d'un bon rapport qualité nutritionnel et coût, tout en préservant le plaisir de manger.
Or, bien souvent, comme on l'a vu pré-

cédemment, le manque de connaissances de techniques culinaires s'ajoute aux difficultés économiques. Les nombreux ateliers culinaires mis en place par diverses structures sociales constituent les premiers éléments de réponse. On note également des initiatives à soutenir et à développer telles des structures de distribution alimentaire pour accompagner les produits vendus ou donnés (indication de recettes simples, ateliers de dégustation, etc.) ou des établissements d'enseignement professionnel qui mettent en place pour les élèves, garçons et filles, même les plus éloignés des métiers de la bouche, des ateliers d'initiation à la cuisine et de découverte d'aliments.

• Rôle et formation des travailleurs sociaux et bénévoles des associations caritatives

Il paraît indispensable de prendre aussi en compte les représentations et savoirs en matière d'alimentation des travailleurs sociaux et bénévoles d'associations caritatives, qui constituent des relais privilégiés. En Suisse, aucun travail dans ce sens n'a encore été réalisé et c'est une des pistes d'actions prioritaires à mettre en place. En Belgique et en France, plusieurs programmes d'éducation pour la santé comprennent un volet de formation des acteurs de terrain. En France, par exemple, une série de formations locales des professionnels et bénévoles a déjà été mise en place par plusieurs comités d'éducation pour la santé à l'aide du classeur *Alimentation atout prix*. Ces formations intègrent une réflexion éthique, des données théoriques et pratiques sur l'équilibre nutritionnel, la couverture des besoins et la composition des aliments, les notions de coût et calcul de prix de revient, la démarche d'éducation nutritionnelle et des techniques d'animation à l'aide du classeur, la prise en compte des dimensions sensorielles et conviviales de l'alimentation.

Christelle Duchêne,
Chargée des projets nutrition au CFES.



Le dépistage des cancers

La lutte contre le cancer peut prendre différentes formes : prévention primaire et programme contre le tabagisme, prévention secondaire et dépistage, prévention tertiaire et éducation du patient. Le dépistage peut revêtir un caractère individuel ou organisé. Trois cancers (du sein, du col de l'utérus et colorectal) ont fait l'objet de programmes organisés qui ont montré, en France ou dans d'autres pays, une certaine efficacité en terme de réduction de mortalité.

Dépistage des cancers gynécologiques

Il existe actuellement deux types de dépistage du cancer proposés régulièrement aux femmes : la mammographie et le frottis du col de l'utérus.

Le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez la femme : chaque année, on dénombre environ 30 000 nouveaux cas et 11 000 décès. Plus de la moitié (54,1 %) des femmes interrogées de 18 ans et plus déclarent avoir déjà bénéficié au cours de leur vie d'une mammographie. La part des femmes en ayant bénéficié est supérieure parmi les femmes plus âgées : 87,5 % des femmes de 50 ans et plus déclarent en avoir eu au moins une (93,6 % chez les 50-59 ans et 86,3 % chez les 60-69 ans) *(Figure 1).*

Environ 4 000 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus, qui entraînent près de 2 000 décès, sont constatés chaque année. 85,1 % des femmes de 18 ans et plus ont déjà, au cours de leur vie, bénéficié d'un frottis du col de l'utérus : 79,0 % chez les 20-29 ans, 94,3 % chez les 30-39 ans et 95,5 % chez les 40-49 ans *(Figure 2).*
Au total, près d'une femme sur dix (8,4 %) n'a jamais effectué de mammographie ou de frottis. Les médecins généralistes et les gynécologues sont à l'origine d'environ 60 % des dépistages du cancer par mammographie ou frottis.

Dépistage du cancer colorectal

Le cancer colorectal, quant à lui, est responsable, chaque année, de 30 000 nouveaux cas et de 15 000 décès. La recherche de sang dans les selles (Test Hémoccult II®) peut être proposée comme technique de dépistage dans un cadre organisé. 40,9 % des hommes âgés de 60 à 64 ans et 28,7 % des femmes de 65-69 ans qui en ont déjà bénéficié *(Figures 3 et 4).* Ce cancer, bien que le plus fréquent en population générale, reste malgré tout assez méconnu du grand public.

Parmi les personnes qui ont déjà réalisé un des trois examens (mammographie, frottis et recherche de sang dans les selles), un pourcentage variable l'avait fait durant l'année écoulée : 27,6 % pour le cancer du sein, 43,3 % pour le col de l'utérus et 14,2 % pour le colorectal. Des recommandations existent pour la pratique de chacun de ces dépistages, afin de les rendre plus efficaces (en particulier au niveau des populations cibles et du rythme).

Philippe Guilbert
Coordonnateur du Baromètre santé 2000, CFES.

Source : Baromètre santé 2000, *ouvrage à paraître fin 2001 aux éditions du CFES dans la collection Baromètres. Les premiers résultats, selon un croisement par l'âge et le sexe des individus interrogés (résultats non redressés), sont disponibles sous forme de fiches thématiques* (Baromètre santé 2000, premiers résultats. Enquête auprès des 12-75 ans) *au CFES à Vanves ou en téléchargement sur www.cfes.sante.fr.*

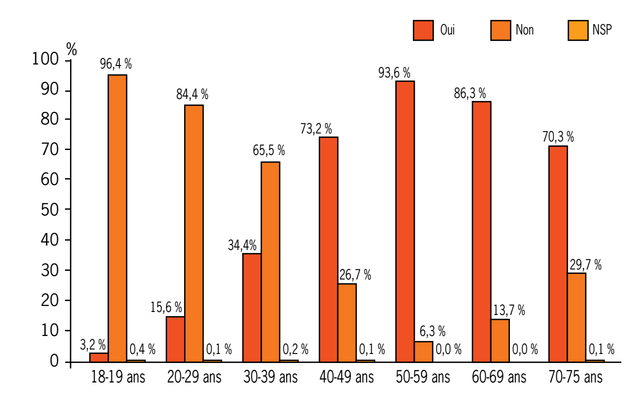


Figure 1 : Mammographie au cours de la vie selon l'âge

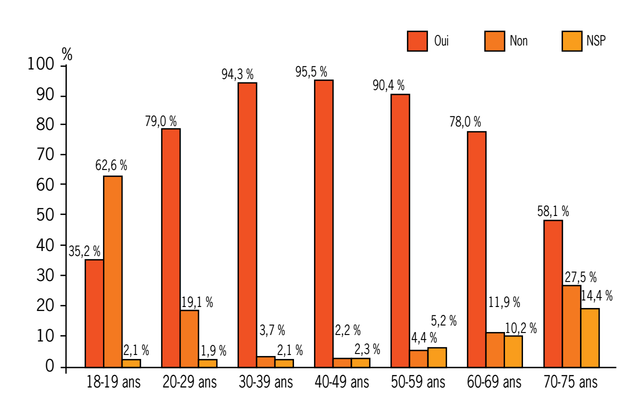


Figure 2 : Frottis du col de l'utérus au cours de la vie selon l'âge

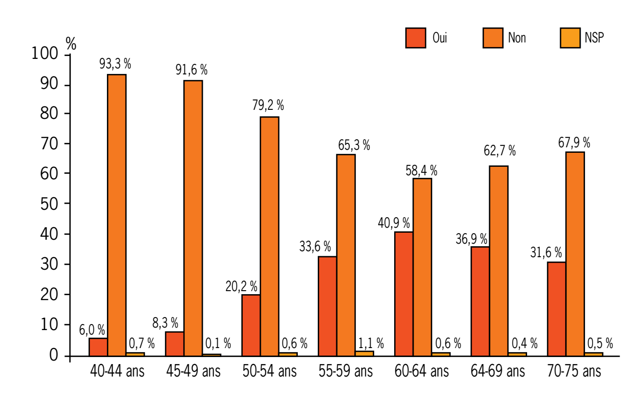


Figure 3 : Dépistage du cancer colorectal au cours de la vie (hommes)

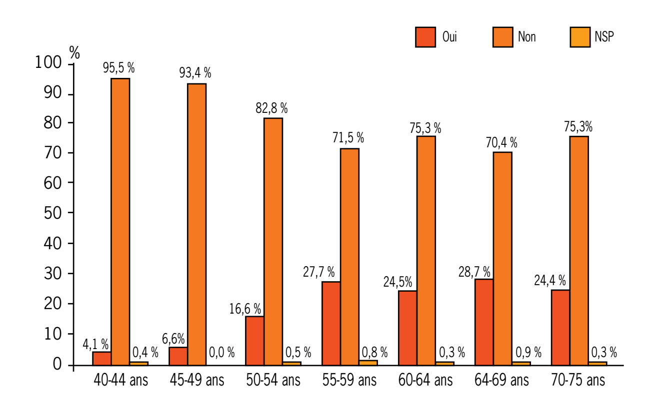


Figure 4 : Dépistage du cancer colorectal au cours de la vie (femmes)

La démarche communautaire en santé, un état d'esprit

Dossier coordonné par **Daniel Oberlé,** Délégué général,
Anne Laurent-Beq, conseillère technique et
Cécile Lothon-Demerliac, chargée de projet,
Société Française de Santé Publique (SFSP),
Vandœuvre-lès-Nancy.

51



La démarche communautaire, de l'expérimentation à la conceptualisation

La Société française de santé publique (SFSP) a entrepris un travail de modélisation des démarches communautaires, qui restait à faire en France jusqu'à aujourd'hui. En voici quelques premiers éléments tirés de l'ouvrage *La démarche communautaire. Développement social et promotion de la santé* rédigé à partir d'un travail d'enquêtes et de recherche bibliographique et que la SFSP nous invite à compléter et à enrichir.

Nous sommes tous pris par des habitudes de travail qui favorisent la place première d'experts qui posent des diagnostics, d'élus, de représentants démocratiques et institutionnels qui prennent des décisions et de professionnels qui mettent en œuvre des solutions… mais qui laissent souvent loin derrière les habitants, les citoyens, au nom de qui nous nous revendiquons pourtant le plus souvent.

Beaucoup d'entre nous pourtant ont cette envie de développer la démarche communautaire intégrant les habitants comme acteurs à part entière, mais ne sont pas toujours prêts à ce type de démarche, si bien qu'au moment de passer à l'acte, préfèrent souvent abandonner (1). Peut-être parce qu'elle demande une forte capacité d'adaptation à l'environnement et qu'elle implique la transgression des frontières organisationnelles, mais peut-être plus encore parce qu'une des difficultés fortement ressentie semble être la question de la méthodologie à employer pour rendre la participation des habitants effective, *« surtout quand on manque de modèle méthodologique »* (1).

Selon B. Goudet, il n'y a jamais eu de théorisation systématique et préalable de la démarche communautaire. C'est pourquoi, à travers la recherche réalisée par Sophie Schapmann qui comprenait à la fois un travail bibliographique et une étude[1] auprès de six sites sélectionnés par un comité de pilotage[2] (*voir encadré*), nous avons cherché à cerner le concept et à mieux comprendre les pratiques en identifiant les freins et les points les favorisant. L'objectif final n'était pas de construire un mode d'emploi de la démarche communautaire, mais d'apporter des points de repères aux acteurs (2).

Notre question principale est de savoir comment passer d'une identification empirique et diffuse des problèmes et des préoccupations par les habitants, à la construction collective et avec eux d'une problématique en vue de l'action. Dans les quelques pages de ce dossier, il n'est pas de notre prétention de passer en revue l'ensemble des points repérés, simplement d'apporter quelques éclairages utiles afin de donner envie d'aller plus loin dans la réflexion.

Vers une définition de la démarche communautaire

L'ensemble des éléments repérés, tant dans la revue de littérature que dans l'étude des différents sites, nous amène vers une première synthèse des définitions de l'approche communautaire. La définition que vous trouverez ci-dessous n'est sans doute pas définitive, mais elle guidera nos propos : *« L'approche communautaire est conçue par les professionnels comme une forme de lutte contre l'exclusion sociale dans une perspective méthodologique nouvelle où l'accent est mis sur une approche locale des formes d'organisation collective, des réseaux de relations, de l'espace territorial de proximité. Dans cette perspective, ce sont les liens sociaux, l'autonomie individuelle, la capacité d'action des différents acteurs dans une stratégie de changement social, qui sont valorisés. »* (S. Schapman)

Quel rôle pour les professionnels ?

La position des professionnels est parfois ambiguë : ils ont été plus souvent préparés à des tâches d'assistance où ils se sentent en sécurité, qu'à un rôle dans une politique locale de développement.

La plupart des professionnels interviewés ont précisé qu'il leur avait fallu un certain temps pour saisir les fondements de la démarche communautaire. Ils se sentaient quelque peu déstabilisés et éprouvaient des difficultés pour en mesurer toutes les implications. Il en résultait parfois un manque d'investissement, voire un freinage (souvent inconscient) des actions. J. Morel insiste sur la nécessité d'une formation per-

mettant un consensus sur quelques notions théoriques et pratiques (3). Ceci paraît d'autant plus nécessaire que cette démarche modifie sensiblement le cadre de référence des professionnels en matière d'appréhension de la réalité, ainsi que leur rapport à la communauté. Le changement d'habitudes induit par la prise en compte des « non-professionnels » comme « acteurs et partenaires de travail » et « émetteurs d'avis autorisés » implique des coûts en temps et un effort personnel d'ouverture et de compréhension (4). La définition même de leur rôle change et ils ne sont pas forcément préparés à cette transformation.

L'intervention des agents de développement *[des personnes qui, à titre bénévole ou professionnel, sont chargées de lancer, animer, développer les actions]* auprès des habitants se caractérise par l'adaptation du choix des moyens, l'opportunité du moment en fonction des besoins exprimés par le groupe et de l'étape de la maturation des habitants (degré de conscientisation, de mobilisation et de structuration du groupe d'habitants), ainsi que de l'état d'avancement du projet.

La motivation relève du désir

Dans une première étape, l'agent de développement vise souvent à agir sur le plan affectif et relationnel. Il cherche à créer du lien, de la convivialité certains diront à séduire, d'autres diront qu'il permet à ses interlocuteurs d'être bien (bien dans leur peau et dans leur tête).
« J'ai cherché à faire que les gens aient du plaisir à travailler ensemble. J'ai une technique pour voir si les gens sont satisfaits sur le plan relationnel et affectif par rapport au groupe et au travail. » (un agent de développement)

Une impulsion initiale

Les dispositifs de Développement social des quartiers (DSQ), les contrats de ville, le programme d'un organisme national, ainsi que l'initiative municipale de mise en œuvre d'un espace de concertation sur la question urbaine ont constitué autant de facteurs environnementaux préalables favorisant la mise en œuvre de démarches communautaires.

L'existence, dès le départ, de partenaires institutionnels convaincus de l'intérêt d'une démarche communautaire a permis d'avoir dans des délais plus réduits de réels moyens humains, financiers et logistiques. Cela a permis d'éviter les lenteurs qui caractérisent parfois le processus décisionnel de financement de certaines institutions.

Cette volonté institutionnelle explicite de soutenir des projets qui émanent des habitants, aide les professionnels dans leur mission. Ceux-ci disposent alors du temps suffisant pour la mise en route du processus et, parallèlement, les exigences quant à l'obtention de résultats concrets rapides sont moins pressantes. Leur marge de manœuvre sur le terrain s'en trouve accrue.

La relation de proximité

Cette phase est fondamentale. Elle permet à l'intervenant de rencontrer les habitants et d'effectuer des constats préalables au lancement d'une dynamique communautaire.

Elle implique la proximité physique et géographique de l'agent de développement avec les habitants, soit une présence quasi quotidienne sur le terrain. Outre la disponibilité, il est requis de l'agent de développement une attitude ouverte non normative, exempte de jugement, ainsi qu'une écoute bienveillante et respectueuse. L'écoute se définissant comme le moyen d'entendre et de connaître les préoccupations des habitants, mais aussi leurs savoir-faire et leurs potentialités.

Ce contact préalable et indispensable à la mobilisation et à l'action est rarement suffisamment valorisé, même dans les discours des intervenants rencontrés, bien qu'il permette de contacter des individus non intégrés dans des réseaux relationnels (de voisinage, associatif et autres).

Il s'agit de développer des relations de proximité avec les habitants afin d'être à l'écoute de leurs préoccupa-

Les six sites sélectionnés pour l'étude :

Argentat : lutte contre la solitude des aidants familiaux dans un canton rural ;
Bagneux : prévention de la toxicomanie et lutte contre la marginalisation de la Cité St Pierre Plate ;
Bourges : intégration du quartier dans la ville, échanges entre les habitants (en situation précaire ou non) sur leur santé ;
Cholet : création d'une complémentaire maladie pour les populations précaires ;
Grande-Synthe : intégration urbaine de quartiers éclatés ;
Soyaux : travail sur le bien-être d'un quartier, stigmatisé et isolé du reste de la ville.

tions. Souvent, il est important de savoir saisir les « étincelles » qui se présentent et décoder les attentes et les désirs sous-jacents. On peut citer les exemples de Bourges et de Bagneux. Lasse d'entendre toujours les mêmes discours autour d'un mal-être et les mêmes plaintes chez des populations démunies en situation d'assistés sociaux sans réel espoir de changement, une assistante sociale a inversé son regard sur ces populations. Il s'est agi pour elle de valoriser leurs compétences et potentialités plutôt que de les enfermer dans un assistanat dévalorisant. Elle s'est adressée à quelques personnes afin qu'elles s'entraident à partir de leurs propres acquis : échange d'enseignement de la langue française contre un autre service, selon les désirs des individus. De cette initiative, est né un Réseau d'échanges réciproques de savoirs à Bourges.

Le temps d'agir, le temps de grandir

Le financement de projets d'habitants et leur pérennisation rencontrent des difficultés liées aux fonctionnements institutionnels. Seuls certains dispositifs tels que les contrats de ville et les enveloppes budgétaires non affectées permettent de démarrer des actions sans objectifs opérationnels immédiats et sans thématiques imposées.

Le temps des habitants ne correspond que très rarement à la logique budgétaire. La non-pluriannualité du financement constitue un obstacle au développement d'actions communautaires qui durent parfois des années. Les recherches de financement relèvent, le plus souvent, d'acrobaties administratives décourageantes et représente une perte de temps et d'énergie. Il n'est pas éthique d'accompagner des habitants vers une autonomisation si le soutien financier s'arrête avant que celle-ci ne soit totalement acquise ; le stade de la constitution d'une association ne pouvant être assimilé par ailleurs à une complète autonomisation. L'attitude attentiste de certaines institutions avant tout engagement financier peut aussi être regrettée.

Principes de mise en place d'actions communautaires

Face à l'imprévisibilité que représente la démarche communautaire, les professionnels doivent sans cesse s'adapter aux circonstances. Il est alors très difficile de construire un modèle méthodologique unique, du fait de la singularité de chaque environnement, de chaque action… Cela n'exclut pas, bien au contraire, de définir des principes qui doivent présider à la mise en place d'actions communautaires (5). P. Larcher fait ressortir six principe fondamentaux que l'on a pu retrouver sur les sites observés :

- la préséance absolue du respect de l'individu sur la fidélité à l'objectif de travail. Le rôle du professionnel passe avant la tâche qui lui est confiée ;
- l'attitude du professionnel doit être avant tout une attitude d'écoute de l'autre ;
- le souci de ne pas nuire doit être constant. Une communauté d'exclus est sans défense contre un échec qui lui sera davantage attribué qu'aux professionnels ;
- le souci de ne pas exclure est primordial ;
- l'expérience positive doit être systématiquement recherchée ;
- le professionnel doit pouvoir situer son identité sociale de professionnel dans la communauté.

Des professionnels expérimentés… disposant de liberté d'action…

La présence d'un agent de développement clairement identifié et d'un local permettant de le contacter sont déjà en soi des facteurs facilitants non négligeables.

Un autre point qui a facilité le déroulement des projets est le fait qu'ils ont été mis en œuvre ou accompagnés par des personnes relativement aguerries, sinon fortement soutenues par un réseau ou une équipe. Nous avons pu constater que leurs compétences étaient reconnues par les habitants, ce qui a contribué au développement d'un climat de confiance entre partenaires. Généralement, ces professionnels faisaient déjà partie du paysage local, ce qui est particulièrement vrai de Bagneux et de Bourges. Leur connaissance du terrain et le fait qu'ils avaient déjà collaboré avec d'autres partenaires (personnes ou institutions) a sans doute grandement facilité les choses.

La liberté de manœuvre dont disposaient les intervenants leur a permis de s'adapter aux problèmes auxquels ils étaient confrontés. En effet, ils sont toujours tributaires des demandes qui leur sont adressées par les habitants et des contraintes que les financeurs ou les institutions tentent de leur imposer. Cela signifie également travailler en dehors des horaires habituels. Ceci doit être reconnu et accepté par les institutions qui emploient les travailleurs sociaux ou autres professionnels.

La convivialité

La convivialité, si elle est un élément spécifique au service de la motivation, joue un rôle actif et moteur à toutes les étapes du processus communautaire. L'action conviviale permet l'articulation de trois niveaux : celui de l'individu, celui du groupe mobilisé et celui de la communauté dont est issu le groupe.

Le convivial est une action collective ayant une double face : l'une tournée vers le groupe-porteur et l'autre vers la collectivité dans son ensemble. (exemple : goûter versus fête de quartier).

« Dans le groupe, on prenait du temps, on buvait le café, on mangeait des gâteaux, on se marrait comme des tordus… Moi, je crois beaucoup à la convivialité… pour qu'on ait tous de l'énergie pour continuer la tâche, sinon on ne peut pas continuer. » (un agent de développement)

Sur le versant groupal, la fonction de la convivialité est de renforcer l'énergie et la cohésion du groupe au service de l'objectif commun. Sur le versant collectif, il s'agit de favoriser la mobilisation de nouveaux participants et donc d'œuvrer à l'élargissement et au renforcement du groupe.

Une mobilisation difficile

Une précarité excessive

Une trop grande précarité dans la population est généralement un obstacle sérieux à la mobilisation. Il n'est pas aussi évident à tous les groupes sociaux de se faire entendre. La formulation des demandes nécessite un langage adéquat et un certain pouvoir par rapport aux structures et aux décideurs (6). Il n'y a pas de demande qui ne soit fonction de la capacité d'expression d'un individu ou groupe, de sa situation sociale, de son degré d'autonomie et de sa confiance en son interlocuteur (7). Des groupes trop fragilisés

ne paraissent pas toujours capables de s'investir dans une action communautaire (8). Par ailleurs, la demande peut être totalement refoulée ou exprimée de manière détournée : par des actes de violence, de non-dit, ou par symptômes interposés… *« Rien n'est plus difficile que de faire surgir la demande, expression des besoins et des attentes de ceux qui économiquement et socialement vivent aux marges de notre société. »* (9)

Dans ces conditions, un travail de soutien individuel et de réinsertion dans un groupe de socialisation favorisant le développement personnel de ses membres est le préalable à tout engagement collectif durable.

Un déficit de confiance en soi

Un déficit de confiance en soi de la part de certains habitants qui éprouvent un sentiment personnel d'incompétence face aux questions qui font l'objet du débat public et, en corollaire, une survalorisation des compétences des professionnels ou des autres acteurs, constituent un frein à une participation active au travail de groupe.

Une professionnalisation du groupe-porteur

On peut également assister, si l'on n'y prend pas garde, à une confiscation de la parole par des intermédiaires : leaders, syndicats, associations, groupes de pression, etc. Ils peuvent faire écran entre la population et les pouvoirs publics. Selon B. Goussault, ils constituent des couches moyennes, détentrices de capacités d'expression en des termes et sous des formes admises par les pouvoirs publics. Ils possèdent aussi des pouvoirs tels que la connaissance de lieux et de personnes, que ne possède pas le citoyen ordinaire.

Par ailleurs, les rencontres régulières entre les habitants du groupe-porteur, les professionnels et des institutionnels, le tutoiement qui en découle souvent, le partage d'un langage commun, l'apparition de formes de connivence, etc. favorisent une professionnalisation du groupe qui peut faire obstacle à la venue de nouveaux habitants. Ces savoirs et pouvoirs peuvent les éloigner, souvent de manière aussi imperceptible qu'irrésistible, des populations dont ils prétendent être les porte-parole (6). Le risque encouru est de masquer la réalité sociale et empêcher la réelle expression des besoins de la communauté. Pour tenter de résoudre cette difficulté, le groupe de Grande-Synthe, eu égard par ailleurs à la technicité des débats, a dû créer une structure intermédiaire d'intégration baptisée « trait d'union ».

Des agents de développement souffrant parfois d'isolement

« Les gens qui font du communautaire, il n'y en a pas à la pelle ; chez les gens avec qui j'ai été formée, l'information n'existe plus depuis plusieurs années, je n'ai donc plus de relations. Et puis, j'habite loin et je n'ai pas repris contact avec les réseaux. J'en aurais certainement besoin.» (un agent de développement)

Cumulé à ce manque de réseaux d'acteurs en actions communautaires, se pose le problème de l'absence d'écrits sur des expériences menées qui pourraient servir de mémoire transmissible. Ce qui revient à poser la question de la capitalisation et la transmission des savoir-faire acquis.

Si l'agent de développement est intégré dans une équipe professionnelle habituée au travail collectif, il trouve alors un endroit où il peut échanger et réfléchir sur sa pratique – et plus particulièrement la place qu'il occupe dans le groupe – ainsi que sur la manière efficace de gérer les conflits affectifs. Sans cette équipe, il peut se sentir isolé et il entreprend souvent alors de rechercher un groupe support extérieur à l'institution qui l'emploie : supervision personnelle en analyse transactionnelle, intégration dans des groupes de pairs, etc.

Un risque de « perte de cadence »

Dans un domaine où il n'existe aucun guide autre que l'expérience et l'intuition de l'agent de développement, peut se poser le problème d'une mauvaise gestion du processus susceptible d'entraîner une « perte de cadence ». Si les étapes successives ne sont pas respectées et si l'action est trop éloignée dans le temps, il y a risque de démobilisation. Qu'au contraire les choses aillent trop vite et c'est la démotivation. Entre ces deux écueils, l'agent de développement doit sentir le degré de maturité du groupe et impulser la bonne cadence.

Diagnostic communautaire : une étape préalable au projet ?

Le diagnostic communautaire s'inspire des sciences sociales. Cette démarche consiste à identifier les problèmes d'une population et à déterminer leur importance à partir de la perception qu'ont les individus de leurs

problèmes. Selon T. Amat, *« chaque groupe a élaboré au cours du temps une organisation déterminée et un savoir-faire spécifique pour lui permettre de mieux profiter des ressources du milieu, de se protéger des nuisances et pour préciser les relations de convivialité entre les individus. Cette connaissance du groupe et de son environnement, cette analyse du degré de satisfaction des besoins fondamentaux, constituent ce qu'on peut dénommer le diagnostic de la communauté »* (10).

Le diagnostic communautaire se doit également d'analyser les systèmes de pouvoir et de dépendance, les modes de négociation possibles et les capacités de mobilisation de la communauté. Il s'agit de repérer l'organisation sociale de la communauté, mais aussi sa place et son poids dans les rapports politico-institutionnels.

Enfin, le diagnostic communautaire est une étape qui permet d'ouvrir le groupe sur la collectivité dans son ensemble. En cela, il répond à diverses fonctions :
- fonction conscientisante : parvenir à une conscience plus fine de la réalité de la situation dans sa complexité, faire prendre conscience à la communauté de l'existence d'intérêts communs, ainsi que la situation sociale du groupe par rapport au système politico-institutionnel ;
- fonction informative : recueillir des données susceptibles d'infirmer ou de confirmer la pertinence des problèmes collectifs formulés par les membres du groupe-porteur lors de la phase de conscientisation ;
- fonction mobilisatrice : rentrer en contact avec la communauté et recruter de nouveaux participants ;
- fonction introductive à l'action : examiner les possibilités et les moyens de résoudre les difficultés rencontrées.

L'étape du diagnostic peut s'avérer longue et apparemment disproportionnée au reste du processus (ex : deux ans dans le cas d'Argentat, le temps d'élaboration du questionnaire compris). La question de l'utilité d'un diagnostic initial de la situation avant toute action se pose donc.

Il apparaît que, pour travailler à partir des préoccupations des habitants au niveau local, il est parfois préférable de commencer d'emblée à monter des actions (ex. : Cholet). L'envie de participer à une étude plus vaste pourra émerger dès lors que les informations à recueillir s'avèrent indispensables pour la poursuite du projet. Car une réflexion trop longue peut rapidement démobiliser et entraîner la désillusion quant à la possibilité de faire quelque chose. Pour faciliter ce passage à l'action, une approche qui consiste à valoriser les éléments positifs, les ressources d'un quartier, peut s'avérer plus pertinente qu'un travail sur les difficultés à résoudre.

La mobilisation

Avec elle, s'effectue le passage du modèle de la relation duelle (habitant-professionnel) au modèle de la relation collective. Lorsque la mobilisation n'est pas spontanée comme à Bagneux et à Cholet, mais le produit d'un programme institutionnel ou d'une initiative de professionnels, il est nécessaire de constituer un groupe qui sera porteur du projet solidaire dans une étape ultérieure. Il s'agit de rassembler le maximum de personnes, considérées comme témoins du milieu, préférentiellement différentes, afin de réunir plusieurs points de vue sur le(s) thème(s) issu(s) des constats préalables. Cette diversité est un facteur d'accroissement de la représentativité du groupe par rapport à la collectivité dans son ensemble.

À cette fin, les quatre agents de développement placés dans cette configuration, ont pratiquement procédé de la manière suivante :
• prise de contact avec leurs réseaux de connaissances : institutionnels, professionnels du territoire, élus, habitants proches (Argentat, Bourges, Soyaux).
« Moi, j'ai contacté des habitants que je savais engagés dans des actions précédentes ou des gens que je connaissais. J'ai utilisé des réseaux anciens de copines, le réseau des élus de la MSA. J'ai rencontré des élus, des collègues, des instituteurs. » (un agent de développement) ;
• journée de présentation du programme à la population avec inscription des volontaires (Argentat, Grande-Synthe) ;
• prise de contact avec les leaders associatifs afin qu'ils servent de relais avec les membres de leur association (Argentat, Grande-Synthe, Soyaux) ;
• information par voie de tracts sur le territoire d'action et dans la presse locale (Argentat, Bourges, Grande-Synthe et Soyaux) ;
• technique du « bouche à oreille » ;
« J'ai donc repéré quelques réseaux. Quand on a repéré les réseaux, on peut travailler. On s'adresse à une personne, on sait qu'elle va contacter, et faire suivre l'information. » (un agent de développement) ;
• technique de la « boule de neige » par utilisation de relais successifs.

À Bagneux, les habitants mobilisés et engagés dans la formation de volontaires de santé, devaient venir accompagnés de trois autres personnes, qui à leur tour, devaient amener quelqu'un d'autre.

Les procédures

Les règles de fonctionnement

L'efficience de l'action du groupe nécessite l'apprentissage de règles de fonctionnement qui comportent des aspects éthiques et des aspects pratiques.

L'éthique requiert que soit garantie la confidentialité des informations recueillies au sein du groupe, la non-diffusion du compte-rendu avant l'accord du groupe. Cela est particulièrement important quand sont abordées des questions de santé ou de vie familiale. Le respect d'une forme de secret partagé dans le groupe garantit seul la qualité des échanges.

La rédaction d'un compte-rendu de séance est primordiale. C'est un instrument politique de gestion du groupe. Il constitue la mémoire du groupe, il inscrit celui-ci dans la durée, il consigne les engagements de chaque partenaire, il constitue une référence et un recours et enfin, rend manifeste le travail mené par l'agent de développement.
« Il ne faut pas oublier qu'on est des salariés qui dépendons d'une institution, et notre institution doit connaître ce que l'on fait. C'est pourquoi il y avait un compte-rendu de réunion de chaque groupe. C'était une garantie et c'était pour montrer aussi qu'on ne se réunissait pas pour le plaisir mais pour travailler. » (un agent de développement)

La gestion des conflits

Pour mener à bien le projet, l'agent de développement, en collaboration avec le groupe, doit mener des analyses stratégiques des enjeux des différents acteurs opérant sur le territoire, afin de

pouvoir délimiter les marges de manœuvre du groupe, définir les intérêts communs, prévoir les conflits éventuels et imaginer des stratégies pour surmonter les obstacles pressentis. Dans la réalité des faits, c'est un moyen peu utilisé mais dont la carence est fortement ressentie.

Comme toute entreprise comporte pour les individus une part d'inconnue et de risque, il est également inévitable que surgissent des manifestations de stress et d'angoisse. C'est le rôle contenant de l'action et du groupe qui peut les canaliser, les contenir et, dans le meilleur des cas, leur permettre d'être dépassées en s'intégrant dans l'action collective.
« Ce projet n'aurait jamais vu le jour sans le groupe. On aurait abandonné en cours de route. C'est trop difficile de monter un projet novateur toute seule. Il faut du soutien et du réconfort. Et puis, quand quelqu'un est fatigué, il y a toujours quelqu'un d'autre pour prendre la relève. » (une habitante)

L'étape d'autonomisation

L'étape d'autonomisation est l'aboutissement des étapes antérieures. Néanmoins, c'est un processus qui est inscrit dans le principe même de la démarche. Lorsqu'il y a franchissement de la phase organisationnelle, on peut parler de saut qualitatif. C'est une phase où la dépendance aux facteurs auxiliaires (l'agent de développement et les professionnels) est moins grande, où les besoins évoluent et où les objectifs sont redéfinis. On passe généralement d'objectifs simples, concrets, à des objectifs plus complexes, abstraits et à plus long terme.

La forme que prend cette autonomisation est généralement une forme associative. L'association est un moyen d'inscrire le projet dans la durée avec une modification qualitative du sens du projet et de passer éventuellement à un stade de démultiplication des actions. Elle donne également une visibilité sociale aux problèmes définis préalablement et une reconnaissance sociale aux acteurs comme partenaires sur les thèmes abordés.

Les moyens qui ont été utilisés sur les sites visités pour le passage à cette autonomisation sont les suivants.

On constate tout d'abord une transmission des savoirs et des fonctions autrefois dévolues à l'agent de développement, aux habitants. Cela concerne l'animation, la rédaction des compte-rendus, mais aussi la prise de contact avec les partenaires techniques et financiers, la rédaction des rapports d'activités et des demandes de financement, etc. Pour l'agent de développement, il s'agit de « passer la main » afin que le groupe d'habitants puisse agir seul, de manière autonome. Bien souvent, il prend alors, pendant un certain temps, le rôle de conseiller technique.

Cette constitution en association demande des compétences en matière de gestion. Des formations sont parfois nécessaires et utiles. Ce fut le cas lors de la création du réseau d'échanges réciproques de savoirs (Rers) à Bourges : plusieurs habitants ont suivi des formations à la gestion des réseaux et des associations auprès de la Fondation nationale des Rers.

La question qui se pose ensuite est celle-ci : comment faire pour que cette organisation associative structurée reste un véritable relais d'action collective et non une organisation qui se recentre sur elle-même ? Comment faire pour garder l'état d'esprit de la démarche communautaire[3] ? Cette question n'a pas pu être abordée et demanderait un examen plus approfondi ultérieurement.

Conclusion

Loin d'apporter des solutions toutes faites, la SFSP souhaite, par ce travail d'enquête mené auprès d'acteurs de terrain ayant mis en œuvre un projet communautaire, apporter des points de repère pour promouvoir et développer la démarche communautaire en France. À travers les entretiens conduits sur six sites français, quelques éléments ont particulièrement retenu notre attention.

Construire des projets avec des habitants suppose que les professionnels et les institutionnels acceptent de gérer l'incertitude et de procéder par tâtonnements. Aucun plan d'action ne peut être arrêté par avance si l'on veut réellement partir des préoccupations de la population. La rigueur ne consiste pas ici à contrôler des délais dans l'avancement des travaux, mais à vérifier sans cesse l'adéquation des moyens aux objectifs de l'action, et prioritairement à ceux qui se situent dans une perspective de réappropriation et d'autonomisation des habitants.

Si la participation des habitants ne se décrète pas, elle se favorise. Pour cela, il est demandé aux agents de développement de posséder de grandes capacités d'adaptation, de créativité et des compétences en matière de stratégie.

De la prudence s'impose également, en particulier, eu égard aux risques que ne manquerait pas de comporter un échec de l'action communautaire pour les habitants. Parfois, une première étape d'aide et d'assistance individuelle est nécessaire, afin de redonner suffisamment confiance en soi à un public économiquement et socialement très démuni, avant de l'inciter à participer à des actions communautaires.

Par ailleurs, il convient également de faire preuve de discernement, tant dans l'analyse préalable de l'environnement que dans l'appréciation des marges de manœuvre ou dans la pertinence du choix des moyens, de façon à ne pas soulever des espoirs irréalistes chez les habitants, de maîtrise de leur cadre de vie, qui, s'ils étaient déçus, reviendraient à accentuer leur exclusion et leur démobilisation.

Pour mener à bien ce type de démarche, une des conditions *sine qua non* relevée sur tous les sites, est le temps laissé aux habitants pour devenir acteurs et auteurs de projets. Si le temps des élus, des administratifs, des professionnels ne coïncide pas avec le temps des habitants, un travail d'information est nécessaire. La question principale étant celle-ci : comment les professionnels et les institutionnels peuvent-ils participer aux projets d'habitants (et non le contraire) ? Comment peuvent-ils se situer dans une perspective de partage du savoir ?

Le chemin vers ces pratiques sera certainement encore long et semé d'embûches, tant les vieux fantasmes et les anciennes habitudes sont tenaces. On peut citer deux exemples illustrant les réticences des professionnels et des institutionnels et leur peur de perdre leurs pouvoirs :

« La réticence venait un peu de là… finalement, on s'est rendu compte qu'on ne perdait pas de pouvoirs. » (un professionnel)

« Un comité de pilotage composé d'institutionnels a été mis en place. Il était chargé de vérifier ce qui était fait. Il n'a rien eu à bloquer car il n'y avait rien de subversif. » (un institutionnel)

Perspectives envisageables

Quatre demandes principales semblent émerger des acteurs professionnels rencontrés sur le terrain :
• un corpus théorique plus lisible : de nombreux acteurs convaincus de l'intérêt de la démarche communautaire désirent une information plus précise et plus accessible sur les concepts de cette dernière ;
• une aide pratique : si l'idée d'un guide méthodologique est rejetée par la plupart des acteurs interrogés, car ne répondant pas réellement à leurs besoins, certains souhaitent une formation théorique et pratique quant aux techniques de bases d'animation de groupes, de conduite de réunion, de maîtrise des aspects relationnels, d'analyse stratégique institutionnelle, etc. ;
• des échanges entre professionnels du développement social : les acteurs de terrain se sentent souvent isolés et désirent pouvoir échanger leurs expériences, leurs difficultés, leurs réflexions relatives à leurs actions avec d'autres professionnels ;
• une aide et des moyens pour réaliser, capitaliser et valoriser les expériences menées sur le terrain.

Sophie Schapman
Chargée de projet,
Daniel Oberlé
Délégué général,
Société française de santé publique,
Vandœuvre-lès-Nancy.

1. Étude financée par la Fondation de France, la Délégation interministérielle à la ville, la Fédération des mutuelles de France et le Comité français d'éducation pour la santé.
2. Le comité de pilotage comprenait un représentant des différents financeurs et de la Fédération nationale de la Mutualité française.
3. Parmi les difficultés évoquées lors de la constitution en association, on rencontre le problème de la reconstitution d'une hiérarchie entre les habitants avec, en particulier, la délégation permanente au bureau voire au seul président. Ceci remet en cause la démocratie participative qui avait cours à l'origine des projets.

Références bibliographiques

(1) Guilloux K. *Santé publique et volonté communautaire : une étude-action dans le cadre du développement social des quartiers.* Cah. Lerass 1991 ; 22 : 131-48.

(2) *Développement social et promotion de la santé. La démarche communautaire.* Coll. Santé et Société n° 9, Société française de santé publique, avril 2000 : 183.

(3) Morel J. Actualité du concept de santé communautaire. In : *Susciter la santé communautaire.* Santé conjuguée 1998 ; 4 : 25-8.

(4) Bantuelle M., De Henau P.A., Lahaye T., Morel J., Trefois P. La pratique communautaire dans la promotion de la santé : quelques réflexions. In : *Susciter la santé communautaire.* Santé conjuguée 1998 ; 4 : 30-7.

(5) Larcher P. Éthique. In : Péchevis M., *et al. La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire.* Paris : Centre international de l'enfance, 1990 : 135-8.

(6) Goussault B. Demande sociales. In : Péchevis M., *et al. La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire.* Paris : Centre international de l'enfance, 1990 : 119-21.

(7) Demarteau M. *L'éducation pour la santé dans la démarche de santé publique : modèle épidémiologique ou modèle communautaire ?* L'observatoire 1994 ; 3 : 21-4.

(8) Woelk G.B. *Cultural and structural influences in the creation of an participation in community health program.* International Conference on Social Sciences and Medicine. Peebles, GB, 14-18 sep. 1992. Soc. Sci. Med. 1992 ; 34 : 419-24.

(9) Rocard M. *Colloque national Développement et solidarité.* Paris : Caisse des dépôts et consignations, 1990.

(10) Amat T. *La santé communautaire.* Rev. Fr. Santé Publique 1987 ; 39 :11-3.



Sur quelques fondements des actions communautaires

Mettant en garde contre un certain « angélisme » qui entoure le principe de démarche communautaire, le sociologue Lilian Mathieu invite leurs initiateurs à en respecter quelques principes préalables.

Certaines dimensions fondatrices de démarches de santé communautaire seront ici discutées dans le but de les expliciter. Notre propos ne vise pas la remise en cause d'un angélisme entourant parfois les actions communautaires, mais de souligner des bases que l'on a tendance à occulter. Cette attitude peut être à l'origine d'un décalage avec la réalité et parfois compromettre les chances de succès des actions.

Un contexte historique particulier

Les démarches de santé communautaire ont tout d'abord été mises en œuvre dans les pays en développement. L'un de leurs objectifs était de rendre les populations moins dépendantes de l'aide médicale extérieure, à la fois par une appropriation progressive de l'offre de soins et par des actions préventives destinées à diminuer la demande de services médicaux. Le bilan positif de ces expériences a incité les pays occidentaux à promouvoir des actions de santé communautaire notamment auprès de leurs populations les plus défavorisées (quartiers dégradés, migrants connaissant des difficultés d'intégration, toxicomanes, etc.). Cette importation récente d'une forme d'action originellement mise en œuvre dans le tiers-monde alimente la thématique de l'« exclusion » : non seulement on constate des « trous » dans une protection sociale que l'on croyait universelle, mais les formes mêmes de cette protection – accès à la médecine de ville et au secteur hospitalier garanti par l'affiliation à la Sécurité sociale – se révèlent inadaptées aux nouvelles populations marginalisées. De nouveaux modes d'intervention sanitaire semblent alors nécessaires.

La santé communautaire est apparue comme une démarche pertinente pour favoriser l'accès à la santé de groupes ou populations qui rencontrent des difficultés particulières pour bénéficier du système médical « normal ». Il n'est pas question ici de contester les résultats positifs de la plupart des dispositifs inspirés des principes communautaires, ni de douter de la volonté de leurs promoteurs de favoriser l'accès de populations en voie d'exclusion à des soins de qualité. Mais l'engouement pour ces démarches risque de faire oublier que c'est l'existence de dysfonctionnements au sein du système de soin traditionnel[1] qui les justifie. En d'autres termes, vanter la pertinence du « communautaire » en direction de certains groupes particulièrement défavorisés ne doit en aucun cas masquer qu'il s'agit d'une réponse à des besoins que le dispositif sanitaire dit « de droit commun » se révèle incapable de prendre en charge. Négliger cette dimension de palliatif à un mauvais fonctionnement du système de santé accessible au reste de la population et oublier d'interroger les conditions de ce mauvais fonctionnement, ne peuvent que jeter le doute sur la capacité des démarches communautaires à répondre à l'ensemble des besoins des plus démunis. Elle prête le flanc à la critique courante d'une mise en place d'une « santé à deux vitesses ».

Une communauté à construire

Les démarches communautaires sont supposées concerner et reposer sur des « communautés ». Or ce terme s'avère, dans bien des cas, problématique. Une vénérable tradition sociologique (cf. Tönnies et Weber) désigne comme « communautés » des groupements humains à forte cohésion, relativement homogènes et dont les membres sont unis par de solides liens affectifs. Ils partagent un sentiment d'identité commune. Or, les populations mobilisées dans les projets de santé communautaire sont le plus souvent des individus habitant un même quartier, partageant des conditions d'existence sensiblement similaires, ayant des pratiques semblables ou frappées par un même stigmate (prostituées, toxicomanes, etc.), mais ne ressentent pas pour autant une identité commune. Davantage encore, la situation dégradée dans laquelle vivent ces groupes constitue un des principaux obstacles au développement de rapports d'ordre communautaire : la précarité des conditions de vie incite davantage à l'individualisme qu'à la solidarité, le stigmate qui affecte le quartier ou le statut individuel bride le développement d'une identité collective à défendre et à assumer publiquement, etc. Plus qu'à des communautés unifiées, on est généralement face à des groupements informels, mouvants, clivés et fréquemment traversés par de violentes tensions internes.

On aurait donc tort, dans ces conditions, d'appréhender la « communauté » comme une donnée homogène et stable, découlant naturellement d'une concentration géographique (le quartier) ou d'un statut (ethnique, marginal, professionnel ou autre) supposé commun. Le degré de cohésion interne des populations auxquelles s'adressent les actions communautaires ne va jamais de soi, mais constitue davantage un enjeu de la démarche. En d'autres termes, dans la plupart des cas, une « communauté » ne préexiste pas à l'intervention qui la fait exister en la mobi-

lisant ; elle reste potentielle tant que la population hétérogène que l'on cherche à mobiliser ne se sera pas reconnue, et unifiée autour d'un projet d'action commune.

Des compétences nécessaires pour participer

Nous souhaitons enfin discuter de la notion de *participation*. Les démarches communautaires se dotent fréquemment d'une dimension politique en entendant rendre les groupes défavorisés ou dominés davantage maîtres de leur destin collectif, citoyens à part entière. Pour cela, il est nécessaire de leur donner les moyens de « participer » à l'élaboration, la mise en œuvre, la gestion voire la direction des actions qui leur sont destinées : il s'agit, selon la formule célèbre, non de « faire pour », mais de « faire avec » les populations visées. La démarche ne s'appuie plus sur leurs manques ou handicaps, mais sur leurs ressources, parfois ignorées par les personnes concernées.

La générosité de ces principes d'action n'est pas à mettre en doute, mais on ne saurait non plus sous-estimer les dangers de l'irénisme qui les inspire parfois. Proposer aux membres d'un groupe de participer à une action de santé communautaire, voire d'y assurer des responsabilités, pose un préalable : disposer du minimum de compétences pour le faire. Or il peut arriver, notamment pour les populations en situation de grande précarité et disposant d'un faible capital culturel, que ce niveau minimal de « compétence participative » ne soit pas atteint. Les individus sont alors dans l'impossibilité de se saisir de cette offre de participation. Une adéquation entre les caractéristiques du groupe considéré et les compétences requises s'avère nécessaire afin d'éviter un double écueil : d'une part, une perception *a priori* défavorable, postulant une inaptitude à la participation et induisant une privation arbitraire des capacités d'expression ; d'autre part, une évaluation « populiste », ne tenant pas compte des obstacles à la participation et amenant le constat désabusé qu'en dépit de la mise en place de dispositifs supposés *ad hoc* la population « ne participe pas ».

En conséquence, toute action communautaire devra soit prendre en considération le niveau de compétence participative des individus auxquels elle s'adresse et s'y ajuster, soit réaliser un travail préalable d'apprentissage permettant la participation.

Lilian Mathieu
Chargé de recherche, laboratoire d'analyse des systèmes politiques, CNRS, Université de Nanterre.

1. Dysfonctionnements dont la dénonciation fait souvent partie intégrante de la dimension « politique » ou « citoyenne » dont les intervenants en santé communautaire entendent investir leur action.





Un institut pour promouvoir les pratiques communautaires

Engagé dans la promotion des pratiques communautaires autour de la santé, l'Institut Théophraste Renaudot[1] est récemment à l'initiative d'une charte et d'un colloque sur ce thème.

La « santé communautaire » est souvent l'objet de confusions, voire de rejets, du fait d'un amalgame fréquent avec un communautarisme plus ou moins perçu comme sectaire ou ghettoïsant. On a donc actuellement tendance à remplacer ce terme par celui de « pratiques communautaires de santé », ou « autour de la santé ». Ce concept représente à la fois une philosophie avec ses valeurs, une méthodologie et un outil.

De la santé individuelle à la santé communautaire

La santé est culturellement une notion individuelle : chacun est concerné, voire inquiet, de sa propre santé, ainsi que celle de ses très proches, et pense, au mieux, ne pouvoir agir que sur la sienne. Il reste même encore une culture de la maladie/accident subie de façon passive, où les personnes se vivent comme objet victime d'une maladie et s'en remettent à des professionnels de la santé, en les investissant d'un pouvoir tel qu'ils se mettent en position d'objet vis-à-vis du soignant. Nombreux sont ceux, citoyens comme professionnels de la santé, qui ont cru que les progrès de la technicité allaient permettre de résoudre les problèmes de santé, mais ces progrès ont aussi des limites, d'efficacité et de coût. Nos systèmes économiques produisent de l'exclusion que nos systèmes sociaux ne parviennent pas à corriger. C'est dans l'espace créé par l'impuissance des structures à répondre de façon satisfaisante aux besoins des personnes, et de ces dernières à y parvenir individuellement, que les pratiques communautaires se développent.

Passer de personne passive subissant les événements de la vie, en particulier ceux qui concernent la santé, à sujet actif faisant face aux événements, puis se regroupant pour être plus fort face à des situations difficiles : c'est un des enjeux des pratiques communautaires de santé.

Les spécialistes de la santé publique travaillent depuis longtemps pour définir l'état de santé des populations et tenter de l'améliorer, en utilisant des interdits, des obligations ou des recommandations, relayés par les médias pour les faire adopter par la population ; les campagnes de masse ont parfois une réelle efficacité mais elles ont aussi montré leurs limites. Chacun veut se sentir libre de manger, de boire, de fumer et de vivre comme il l'entend, même si cela peut nuire à sa santé (sa liberté s'arrêtant là où elle peut nuire aux autres).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé comme un bien-être non seulement corporel et psychique, mais aussi affectif et social. Cela signifie qu'il est difficile, voire impossible, d'être en bonne santé quand, autour de soi, les autres sont en mauvaise santé : comment, en effet, être bien dans notre corps et dans notre tête si notre conjoint ou notre enfant est malade, si nous côtoyons quotidiennement la détresse, la violence, la haine ou le mépris ?

La santé de la personne est intimement liée à son environnement global et à la santé du groupe auquel elle appartient. Chacun a donc intérêt à se sentir concerné par la santé de tous et d'œuvrer pour l'améliorer.

Depuis Paolo Freire et les expériences sud-américaines, la participation communautaire est pensée comme un processus social dans lequel des groupes ayant des besoins communs et vivant dans une zone de proximité s'emploient à définir activement ces besoins, décident de vouloir y chercher une réponse et se dotent des mécanismes destinés à les satisfaire.

Les expériences de santé communautaire ont été définies par Jacques Morel[2] comme des tentatives d'amélioration du contrôle par la population de sa propre santé au sein d'un processus plus large où la population maîtrise davantage l'ensemble de son devenir et où curatif, préventif et éducation à la santé sont intégrés.

Promouvoir des pratiques communautaires

L'Institut Théophraste Renaudot, qui est aussi la branche française du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, cherche à promouvoir les pratiques communautaires autour de la santé, au travers d'une charte, d'une lettre, d'un site internet, de formations, de séminaires et de colloques. Il est un centre de ressources au service des acteurs[3] ou de ceux qui souhaitent le devenir.

Il a diffusé, à partir de 1998, une Charte[4] avec pour finalité la promotion et la valorisation des pratiques communautaires autour de la santé. Celle-ci fait référence à des valeurs de solidarité, de conception démocratique des pratiques, de conception globale de la santé, impliquant différents secteurs d'activités et intégrant les activités éducatives, pré-

ventives, curatives et sociales, de droit à un accès aux soins de qualité pour tous et d'une exigence de qualité dans les réponses, qu'elles soient curatives, préventives ou palliatives.

Elle définit les objectifs de ces pratiques :
- reconnaître à chaque citoyen une place d'acteur de la vie sociale, en cherchant à ne plus faire « pour » des personnes mais faire « avec » elles, et en le faisant participer à tous les niveaux de la démarche : de l'évaluation des besoins à la définition des priorités, à la réalisation et à l'évaluation des actions de santé ;
- prendre en compte les facteurs qui conditionnent son mieux-être, notamment l'habitat, le cadre de vie, l'environnement socio-économique ;
- encourager et favoriser une approche collective des pratiques de santé en associant tous les acteurs concernés (habitants, professionnels et décideurs) à l'ensemble de la démarche.

Pour susciter le développement des pratiques communautaires, valoriser celles qui existent et permettre aux acteurs des pratiques communautaires autour de la santé de se rencontrer et d'échanger leurs expériences, l'Institut Renaudot organise des colloques, qu'il souhaite réguliers, le premier ayant eu lieu à Grande-Synthe, près de Dunkerque, en mai 2000.

Ce fut l'occasion de constater l'intérêt de ce type de colloque, manifesté par une participation nombreuse, diversifiée, riche de 260 paroles originales et réponse à un réel besoin de rencontre des intervenants locaux. Il confirma l'intérêt et les difficultés de travailler de façon intersectorielle, de rassembler les compétences et de dépasser les incompréhensions et les blocages. Il montra que ces pratiques communautaires sont :
- des forces de changement, en particulier dans les relations de soignants à soignés, passant d'une relation de sujet à objet, à des relations négociées où le professionnel se situe comme un accompagnant ;
- une réponse à la souffrance sociale, à l'isolement des habitants et à l'épuisement des professionnels dans leur réponse palliative « pour » les personnes en grandes difficultés ; c'est un espace d'échange où le dialogue existe, où règne un climat de confiance, où l'on peut parler de soi sans crainte, et où la créativité collective retrouve du sens.
- un cheminement et un processus, avec des étapes : des demandes et des besoins repérés ; une prise de conscience par des acteurs de manques en santé et de l'intérêt de se mettre ensemble pour réfléchir à ce que l'on peut faire ; l'importance de veiller à la diversité des partenaires, de rechercher les compétences adaptées à acquérir, de se donner des « référents » (autrement dit, se donner des repères) en santé communautaire et de fonctionner « en réseaux » au plus près des personnes.
- une culture, c'est-à-dire une façon de penser, de voir et d'analyser, de dire, d'exprimer et d'échanger, d'agir, de faire et de créer ; une culture de démarche où l'inattendu est pris en compte, où il s'agit de saisir les occasions non prévues qui se présentent.

Ces pratiques impliquent d'abord de déconstruire nos représentations de l'autre, de soi, des problèmes, de nos savoirs, des situations et des systèmes, afin de co-construire des positionnements réciproques, des valeurs communes, des objectifs communs, des compétences et des ressources mutualisées. Elles deviennent alors des dynamiques créatrices et transformatrices, optimisant le potentiel de chacun. Ces pratiques sont des actes politiques permettant à chacun de devenir sujet de pouvoir, un pouvoir qui n'est plus de domination ou de contre-pouvoir mais un pouvoir partagé, où chacun a sa place.

L'essentiel du colloque était peut-être dans le plaisir de se reconnaître, dans cette prise de conscience de participer à un mouvement d'innovation sociale, dans ce sentiment de construire quelque chose qui a à voir avec la démocratie, la dignité, la citoyenneté, le lien social, le mieux vivre… et qui se traduit en termes de santé et de développement social.

Cette charte et ce colloque ont fait surgir des besoins importants de formation, comme celle d'un conseil général pour plus de deux cents professionnels du secteur social et de la santé. Ce sont des formations, bien sûr, centrées sur des pratiques et un travail en réseau et en partenariat.

Le prochain colloque doit avoir lieu en mai 2002, à Évry, et pourrait se centrer sur ce que produisent ces pratiques communautaires en termes de lien social, de solidarité, de mieux-être et de santé dans son sens le plus large.

Philippe Lefevre
Médecin généraliste au Centre de santé des Épinettes à Evry,
membre de l'Institut Renaudot.

1. Médecin français (1584-1653), fondateur de la Gazette de France (1631) et initiateur des premières expériences de santé publique.
2. Médecin généraliste, responsable de la Fédération des maisons médicales francophones belges, président du Secrétariat européen des pratiques en santé communautaire.
3. Est considéré comme acteur de pratiques communautaires en santé toute personne, tout groupe, se sentant responsable de la santé d'un groupe de personnes et utilisant les approches communautaires. Il peut s'agir de citoyens, d'élus, de personnes travaillant dans l'urbanisme, l'environnement, l'entreprise, le secteur social, éducatif, etc. ou des professionnels de la santé.
4. Il est possible de se procurer la charte à l'Institut Renaudot, rue de Malte, 75011 Paris, Tél/Fax : 01 48 06 67 32.

Le Réseau d'informations sur le développement social : promouvoir et analyser les actions

Alors qu'il est souvent difficile de trouver des informations sur les actions menées dans le champ du développement social, l'existence d'un réseau national de promotion d'initiatives et de recensement d'actions doit permettre, aux décideurs et aux acteurs locaux, d'y trouver l'inspiration et, aux promoteurs de projets, de rendre visibles et accessibles à d'autres leurs réalisations.

De la responsabilité de l'État à l'initiative citoyenne

Les mécanismes d'assistance qui ont permis à l'État de structurer la solidarité nationale sont aujourd'hui à la recherche de nouveaux relais et de nouveaux principes. Simultanément, la territorialisation de l'action sociale favorise l'émergence d'initiatives locales, construites et conduites sur un mode partenarial, et soucieuses de conjuguer pertinence, éthique et efficacité. Leurs promoteurs redécouvrent, au-delà du visage de l'usager consommateur de services, le rôle de l'habitant impliqué et mobilisable, et la présence du citoyen acteur et solidaire.

Libérer les potentiels créatifs des habitants ; soutenir leurs capacités à se regrouper, à investir les logiques associatives et à se rapprocher des professionnels de façon à répondre aux besoins sociaux par la réflexion et l'action communes ; faire le pari de la rencontre, des échanges, du respect mutuel et de la convivialité pour une meilleure maîtrise du cadre et des conditions de vie ; explorer la dimension réellement participative de la démocratie représentative : tels sont les principaux enjeux qu'entend relever aujourd'hui le processus dynamique désigné par les termes de « développement social local » *(voir encadré)*.

Un réseau pour échanger sur le développement social local

Dans ce domaine en pleine expansion mais encore morcelé, acteurs sociaux et décideurs locaux éprouvent le besoin croissant de disposer d'une banque de données pertinentes, fiables, issues des expériences les plus significatives et les plus prometteuses, et auxquelles l'accès peut désormais être facilité par les nouvelles technologies d'information et de communication.

C'est pourquoi un Réseau d'informations sur le développement social (Rids) vient d'être mis en place à l'initiative de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas)[1], qui en assure la coordination. Ce réseau, qui dispose depuis juin 2000 d'un site spécifique d'accès libre et gratuit (www.odas-rids.net), résulte du rapprochement et bénéficie du soutien technique et/ou financier de plusieurs organismes partenaires, eux-mêmes têtes de réseaux nationaux.

Ses représentants, qui en constituent le Comité d'orientation et d'animation[2], ont assigné au Rids quatre objectifs principaux :

- promouvoir les initiatives au service du développement social local ;
- favoriser la mise en réseau national des décideurs et des acteurs locaux ;
- identifier et mobiliser un gisement d'expertises ;
- analyser les tendances et les besoins observés dans le champ du développement social.

Des actions mises en fiche

Un des objectifs du Rids est de faire en sorte que ses utilisateurs et ses correspondants s'approprient ce nouvel outil. C'est pourquoi ce réseau est organisé de telle manière que chacun puisse y apporter sa contribution dans l'esprit même du développement social.

Ainsi, chaque porteur d'action est-il invité à décrire celle-ci au moyen d'une fiche descriptive type et de son guide d'utilisation, téléchargeables à partir du site.

Cette fiche a été conçue de façon à standardiser le recueil et la présentation des informations relatives à l'action, à rendre lisibles les logiques de projet et les méthodes de programmation qui la structurent et à apprécier les conditions de son éventuelle « reproductibilité ». Après expertise et validation de ces

informations par le Comité d'orientation et d'animation, la fiche est mise en ligne sur le site, où elle peut être consultée via un moteur de recherche multicritère.

L'actualité du développement social

Le site présente également une série d'informations portant sur ce qui fait l'actualité du développement social en France, voire à l'étranger : manifestations publiques, publications, formations et autres initiatives diverses. On y trouve enfin la présentation d'organismes ressources et de banques de données voisines, avec les sites desquels des liens directs sont organisés.

Frédéric Jésu
Coordinateur général
du Réseau d'informations
sur le développement social (Rids), Paris.

1. L'Odas, association loi 1901, vise au recensement, à la production de données et à l'analyse des actions d'adaptation et de modernisation des politiques sociales. Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, l'Association des maires de France, l'Association nationale des CCAS, la MSA, l'Uniopss, une cinquantaine de communes et la moitié des départements français sont parmi les membres de cette structure. Une équipe de quinze personnes et un réseau de trois cents correspondants locaux en assurent le fonctionnement.
2. La liste et la description de ces organismes peuvent être consultées sur le site du Rids.

Le développement social local : du concept aux critères

Le développement social local consiste à mettre en œuvre une dynamique pour revitaliser le tissu social. Il s'agit de mobiliser les politiques publiques en ce sens et d'encourager les initiatives de la population dans un contexte de grande proximité. Cette dynamique est souvent construite à partir d'actions sociales collectives et des partenariats parfois inédits qui en découlent. Elle peut aussi venir renforcer des démarches de développement économique local. Les actions mises en œuvre dans ce contexte présentent des caractéristiques spécifiques :
• en agissant sur un domaine particulier de la vie sociale, elles contribuent à en transformer d'autres ;
• elles se déroulent sur un territoire pertinent, permettant l'implication de populations diversifiées, c'est-à-dire non cloisonnées par des critères d'âge, de sexe, de statut social, de culture ou de type de problème ;
• elles incluent une phase de diagnostic local à laquelle contribuent de manière active les habitants, en participant à l'analyse des problèmes et à l'identification des besoins ou en donnant leur point de vue sur ces questions ;
• elles intègrent la participation des habitants à la définition des objectifs, aux choix stratégiques des actions et à leur mise en œuvre avec le souci permanent de réaliser des activités utiles et valorisantes pour les personnes, les groupes et/ou le milieu ;
• elles associent, pour conduire les actions, un partenariat réel reposant sur la mise en commun de moyens et/ou le partage d'activités entre différents acteurs locaux : associations, bénévoles, élus locaux, entreprises, institutions, médias, professionnels, organismes et services sociaux, etc. ;
• elles comportent une procédure d'évaluation, associant dans la mesure du possible les habitants. Les principaux résultats de cette évaluation doivent être mis à leur disposition.

Ces caractéristiques constituent les critères d'inclusion dans le dispositif de description d'actions que le Rids met en œuvre.

Contact :
Siège de la coordination du Rids : Odas - 37, boulevard Saint-Michel - 75005 Paris
Tél. : 01 44 07 02 52 – Fax : 01 44 07 02 62
Adresse électronique : info@odas-rids.net – Site internet : http://www.odas-rids.net

De l'hygiénisme au communautaire : le réseau de santé mulhousien

Forte d'une véritable histoire de santé publique, la ville de Mulhouse a formalisé une démarche de santé communautaire à travers la création d'un réseau, la rédaction d'une charte et la constitution d'une coordination. Avec un peu de recul, cette expérience permet de prendre conscience de la plus-value d'une telle approche, en même temps qu'elle pose un certain nombre de questions.

De longue date, la ville de Mulhouse s'est impliquée dans un courant hygiéniste. Le bureau municipal d'hygiène a été mis en place en 1931. Avant 1950, des colonies de vacances, des séances de gymnastique corrective, des écoles avec douches, des piscines, des jardins d'hygiène naturelle étaient proposés aux Mulhousiens. La santé scolaire était au cœur des préoccupations, les premiers dépistages dentaires datent de 1960…

Ces quelques exemples permettent de situer la ville dans une tradition de santé publique. La décentralisation a réparti les compétences entre le département et la commune. Peu à peu, les attributions de la ville en matière de santé ont été centrées sur l'application du code de santé publique. Démarches et actions en marge de cet axe relèvent du choix politique de la commune. La participation aux Villes-Santé de l'Organisation mondiale de santé (OMS) relève de ce libre arbitre.

L'adhésion au réseau Villes-Santé

En octobre 1991, la ville adhère au projet des Villes-Santé de l'OMS par délibération du conseil municipal. Habitants et professionnels s'associent autour d'actions. Les habitants participent à la santé, à leur santé ; en lien direct avec cette adhésion, le Comité mulhousien de santé est créé. Cette instance réunit, une ou deux fois par an, les associations, les institutions, les professionnels, les réseaux de santé de quartiers (habitants et professionnels), c'est-à-dire tous les partenaires qui œuvrent dans le domaine de la santé globale. C'est un espace d'information, d'échange, de réflexion, d'émergence des préoccupations. Ce temps de parole peut être à la base d'actions en partenariat, de projets de santé communautaire ou de messages qui seront transmis à la conférence régionale, au programme régional d'actions prioritaires…

La participation des habitants : une réalité depuis dix ans

Au début des années quatre-vingt-dix, un certain nombre d'actions dans les quartiers associaient déjà les habitants à la réflexion sur leur santé. Les questions relatives à la toxicomanie étaient au centre de leurs préoccupations. À cette période, les habitants concernés par la problématique ont exprimé le besoin d'un espace de parole hors structure. Ces groupes de parole sont à l'origine des groupes de santé qui, plus tard, deviendront réseaux santé. Ils sont constitués sur un territoire géographique précis, à partir d'une préoccupation commune à un certain nombre de personnes sans lien avec des associations ou issues de différentes structures. Les professionnels du quartier s'investissent dans l'action selon leurs compétences, soit à travers une implication directe, soit à travers un rôle d'information auprès de personnes susceptibles de se joindre au projet.

Le contrat de ville : un engagement institutionnel

En 1995, sous l'impulsion du contrat de ville, une formation en santé communautaire du type recherche-action est proposée aux habitants et professionnels des quartiers dits « prioritaires ». Dans chaque quartier, une enquête santé est menée avec un double objectif : la participation des habitants d'une part, et la connaissance des attentes, préoccupations, besoins, d'autre part. Les deux objectifs ont été atteints. Il est intéressant de constater l'adéquation des éléments recueillis au travers de ces enquêtes avec la définition de la santé présentée par l'OMS. En effet, les thèmes du sommeil, du bruit, de l'alimentation, de la solitude, de la convivialité ont été évoqués par les habitants des différents quartiers.

Depuis lors, le contrat de ville soutient la démarche et les actions des réseaux en santé communautaire en subventionnant annuellement des actions proposées et surtout par la création d'un poste de coordinatrice du réseau santé mulhousien. Une année plus tard, la ville de Mulhouse s'est positionnée en prenant à son compte le poste précédemment créé. Ainsi, depuis 1998, le service santé de la ville développe un axe nouveau et innovant, en s'engageant dans la coordination du réseau santé formalisée par ce poste de coordinatrice et d'une assistante aux réseaux. Ce positionnement

situe clairement la commune dans l'adhésion à une démarche de santé communautaire.

La charte du réseau de santé mulhousien, élément fédérateur

Le réseau de santé mulhousien composé des réseaux santé de quartier (habitants et professionnels) et de la coordination ont élaboré la charte du réseau de santé mulhousien. La rédaction de ce document a nécessité quatorze mois de discussions, de concertations pour établir ce texte qui se veut être support de référence et outil méthodologique. Des principes incontournables sont précisés :
- le respect et la dignité de la personne ;
- la prise en compte de la singularité de chacun ;
- le souci de l'épanouissement individuel et collectif.

La charte précise le champ d'intervention du réseau, défini comme un espace à développer, au carrefour du sanitaire et du social, comprenant l'ensemble des facteurs d'environnement qui conditionnent l'état général du corps et de l'esprit de l'individu et/ou d'une collectivité.

Les objectifs du réseau sont ainsi formulés :
- susciter une dynamique favorisant le maintien et l'amélioration de la santé ;
- mettre en œuvre collectivement des actions qui répondent aux préoccupations des habitants, aux besoins relevés par les professionnels ;
- créer une synergie entre habitants et professionnels, être un lieu de rencontre et de médiation....

La méthode de travail est précisée et la démarche est organisée autour des éléments suivants :
- faire avec les habitants ;
- prendre le temps ;
- être à l'écoute ;
- travailler en réseau.

C'est en présence du député-maire et d'un représentant des villes de l'OMS que ce texte a été validé en novembre 1999 par plus d'une centaine de signatures : habitants des quartiers, représentants des tutelles, institutions et associations mulhousiennes œuvrant dans le champ de la santé globale. Certains réseaux ont conçu une grille qui permet d'évaluer l'adéquation des actions à la charte. La charte, outre un outil, pourrait être label, et le réseau, une nouvelle représentation de l'espace social.

Le réseau, un outil singulier et exigeant

La mise en place d'un réseau s'inscrit dans un contexte national où de nombreux outils voient le jour dans le champ de la prévention du sida, des toxicomanies, etc.

Parallèlement, la coordination nationale des réseaux se constitue. Ce nouveau mode de fonctionnement implique de multiples décloisonnements : médico-social, individuel-collectif, curatif-préventif, institutions-quartiers, structures-réseaux, actions-structures... Sa mise en œuvre mérite toute l'attention nécessaire à la mise en place d'un projet innovant dont les mots clés sont participation, multidisciplinarité, transversalité, médiation, décentralisation.

Du rôle et de la place des habitants

Dans les différentes expériences, la participation s'avère être, soit un moyen d'atteindre un objectif d'action, soit une démarche qui trouve tout son sens dans le processus. En effet, participer à l'émergence d'un projet ou intervenir dans la cadre d'une action relève de la vie citoyenne. Autonomie, dignité de la personne, confiance en soi sont à la clé. Les projets du réseau mulhousien nous permettent, à ce jour, de souligner quelques points : il importe que chaque personne trouve sa place selon ses compétences propres ; la disponibilité des personnes est relative ; la motivation est à prendre en compte ; l'implication est plus aisée pour des actions de courte durée ; travailler en réseau est porteur de sens et de plus-value…

Du rôle et de la place des professionnels

À la lisière des institutions, des associations, le réseau s'anime autour d'une idée, d'une action qui fédère habitants et professionnels selon leurs compétences. Cette nouvelle approche suppose que les structures se décentrent de leur fonctionnement particulier pour s'ouvrir à une construction extra-muros avec les habitants et d'autres professionnels qui seront personnes-ressources. Les professionnels mettent au service du réseau leurs compétences, leur capacité à la médiation, leur volonté de faciliter l'expression des habitants. La mise à disposition d'une personne par sa structure pour travailler au sein du réseau nécessite non seulement l'accord de la hiérarchie (directeur, chef de service, président de l'association), mais aussi l'adhésion totale de l'ensemble des acteurs à cette nouvelle forme de travail. La définition et la valorisation du concept de santé globale, mais aussi une présentation argumentée de la plus-value produite par un travail en réseau, pourraient faciliter cet engagement des professionnels et de leur hiérarchie dans une telle démarche.

À travers l'expérience de Mulhouse, le constat est fait de la difficulté de ce mode organisationnel pour un réseau de santé communautaire. La nécessité d'une organisation horizontale et transversale (par opposition à une organisation allant des professionnels vers le public et cloisonnée en fonction des compétences) se heurte à un fonctionnement classique, culturellement ancré. Ici, comme en d'autres lieux, la place de la santé/qualité de vie mérite d'être défendue.

Réseau de santé communautaire et citoyenneté

Participer à sa santé, à la santé d'une collectivité, par la mise en place, le suivi, l'évaluation d'une action relève d'une démarche collective qui contribue à développer du lien social. Le réseau, de par son essence même, peut interpeller l'institution, peut produire du changement social par sa faculté de mouvement, de proposition. Le soutien de la commune au réseau de santé communautaire peut sous-entendre la prise en compte de ces éléments et, de fait, l'acceptation des effets induits. Les réseaux sauront-ils se préserver d'une institutionnalisation qu'ils craignent ? Les institutions auront-elles une écoute constructive ? La démarche de santé communautaire saura-t-elle se dissocier des projets en santé en privilégiant la force de la parole, de proposition, de l'agir des habitants ?

Passer d'un expérience singulière à une connaissance que l'on peut partager

Un réseau fonctionne selon ses propres rythmes. À Mulhouse, les réseaux santé de quartiers ont chacun

une vie singulière et particulière. La réplication des actions en santé communautaire est de fait illusoire. Des temps forts succèdent à des phases de maturation, de réflexion, de repos, parallèlement à l'émergence de préoccupations, attentes et besoins, à la participation possible.

La seconde génération des membres du réseau pose de nouvelles questions et notamment celle de la capitalisation des expériences. Comment, en effet, faire en sorte que l'expérience acquise débouche sur des connaissances qui soient partageables par tous. Cette capitalisation permet de comprendre le processus d'une action et d'en connaître le résultat. Elle permet d'aller plus loin et ailleurs qu'une évaluation d'action ressentie parfois comme jugement de valeur. L'expérience est un capital en matière de santé communautaire. Mais les modalités de transmission de ce capital restent à trouver. Car l'enjeu est de préserver la singularité des réseaux tout en produisant des connaissances à partager.

Perspectives…

L'implication de Mulhouse en matière de santé publique et communautaire s'inscrit dans un courant amorcé il y a fort longtemps. Les préoccupations liées aux questions d'accès aux soins, de souffrances sociales et psychologiques fondent l'importance de la prise en compte de la santé globale par les élus. La circulaire relative à la mise en place des ateliers Villes-Santé au sein des contrats de ville présente une nouvelle étape de décentralisation de la santé au niveau de l'échelon de la commune. Le travail partenarial entre le territoire et les organismes d'État devrait contribuer à l'amélioration ou au maintien de la qualité de vie des personnes.

Mais gageons que ce nouveau défi soutienne la définition de santé communautaire proposée par T. Amat *« l'amélioration de la santé par la participation active et par le développement de la créativité individuelle »*.

Christine Bour
Coordinatrice du réseau de santé mulhousien, infirmière, ethnologue.

La motivation : « des creux et des bosses »

Il faut du temps pour que chacun se reconnaisse le droit et la possibilité de participer, et apprenne à travailler en collaboration avec d'autres personnes aux parcours et aux expériences différentes. Parce qu'elles prennent du temps, ces actions doivent souvent faire face à la fluctuation de la motivation des participants. Trop souvent ces « baisses de forme » sont vécues comme des échecs. À Argentat, en Corrèze, elles sont analysées et intégrées comme des moments constructifs dans un projet qui, avec des hauts et des bas, se poursuit depuis plusieurs années.

La mise en œuvre du programme d'éducation pour la santé (Peps)

En 1992, la Mutualité sociale agricole de Corrèze a initié un programme d'éducation et de promotion de la santé. Suite à un diagnostic départemental, puis local, le canton d'Argentat (environ 6 000 habitants) a été retenu comme lieu d'intervention. Piloté par une assistante sociale de la Mutualité sociale agricole (MSA), ce projet s'est déroulé sur six ans et se poursuit aujourd'hui.

Les actions ont été menées par différentes personnes, habitants et/ou professionnels, élus, associations, mobilisés et organisés en groupes. Ils ont été formés à la démarche de projets. Cinq axes de travail et/ou projets ont été développés dans le cadre de ce programme :
- les jeunes :
- le comité santé ;
- les aidants familiaux ;
- le journal « vis ta santé » ;
- le SEL[1].

Le fait que ces différentes actions s'inscrivent dans un long terme a entraîné un certain nombre de fluctuations notamment par rapport à la motivation des acteurs. Habitants comme professionnels ont partagé des moments de créativité et d'euphorie et des moments plus difficiles. Mais les uns comme les autres ont retrouvé l'énergie nécessaire à la poursuite de leur projet. Cette expérience à long terme a notamment permis de réfléchir à la place de la motivation dans le cadre d'une démarche communautaire et notamment à la nécessité d'intégrer les « baisses de forme » des acteurs comme un moment participant à la dynamique d'ensemble.

Le communautaire, un processus de créativité ?

La trajectoire d'une démarche communautaire n'est pas linéaire. Elle est faite de vagues, d'ondulations. L'acteur, qu'il soit professionnel ou habitant, ne peut pas être tout le temps dans la productivité, dans l'action sur le terrain. Le temps de la réflexion et les pauses sont nécessaires. Tout processus de créativité est fait de périodes de production intense et de moments de calme pour se ressourcer, réfléchir ou simplement faire autre chose. Ignorer ces moments, c'est prendre le risque de tomber dans l'activisme.

Une panne de sens ?

La panne n'est-elle pas avant tout une panne de sens, de méthode ou d'énergie ? Loin d'être paralysante, elle doit être mise à profit. Parfois aussi, elle sert à trouver de nouveaux partenaires qui, dans la même situation, retrouvent l'énergie pour repartir ensemble. À Argentat, les professionnels ont paradoxalement entrepris un travail en partenariat auprès des jeunes alors que chacun individuellement ne trouvait plus la motivation nécessaire pour agir.

Les membres de l'association du « Fil des aidants » ont retrouvé le sens de leur action dès lors qu'elle a été reconnue par les politiques et les institutions (participation à des colloques, présentation de l'action dans des écoles d'infirmières, etc.).

Les promoteurs du SEL ont, quant à eux, pu trouver leur propre mode d'organisation quand ils ont pu, à travers leur projet, être d'accord sur des valeurs communes tout en éprouvant du plaisir à agir ensemble.

Il suffit de prendre conscience de cette panne, d'en parler, de l'analyser pour la transformer en processus positif. Il s'agit de recréer le désir « d'agir » chez les personnes et en suivre la piste pour relancer la dynamique des groupes et permettre à l'action de repartir. C'est un travail axé sur le processus. La panne est-elle une étape naturelle du processus communautaire ?

La démotivation comme « symptôme » d'un manque d'autonomie

Lorsqu'un groupe semble démotivé, la première analyse qui apparaît souvent comme la plus plausible, consiste à mettre en avant la difficulté des acteurs à prendre leur autonomie, à formuler des idées, à mettre en œuvre des réalisations. Mais si cette démotivation était à l'inverse le signe d'une prise en charge trop importante des professionnels qui, parfois et de manière invo-

« En tant que médecin de caisse d'Assurance maladie, habitué aux relations exclusives avec le médecin généraliste de terrain, j'appréciais difficilement quelles pouvaient être les capacités de propositions et d'actions au sein de la population. J'ai pris conscience en venant aux réunions de préparation du comité santé d'Argentat que les habitants avaient des savoirs, des choses à dire sur la santé… …Ils ont dit exactement tous les points que nous avions prévu d'aborder ; il n'en manquait pas un. Ils savent des choses très compliquées et nous on peut aborder des sujets plus spécifiques, c'est passionnant ! »

Médecin responsable de la prévention à la Mutualité sociale agricole

« T'es démotivé quand tu vois les points négatifs, ça repart quand on a réussi à embaucher pour réaliser des actions.
Il y a baisse de forme quand on s'aperçoit que la dépense d'énergie mise pour la recherche d'aides financières ou de moyens de diffuser nos idées ne se concrétise pas par des résultats positifs.
Par contre, ça redémarre dès que l'on est reconnu sur le plan financier et sur le plan des idées, ce qui redynamise, c'est le fait que les idées de l'association soient reprises par les décideurs. »

Présidente de l'association Le Fil des aidants

« Parfois, il manque quelque chose pour s'autoriser à finir. »

Huguette pour le journal « Vis ta santé »

« Il y a un investissement personnel dans l'entraide. On peut compter sur les autres. Tout le monde peut apporter à tout le monde. »

Brigitte et Daniel pour le SEL

« Quand la motivation est intense, les gens peuvent déplacer des montagnes. »

Cathy, assistante sociale

1992-2000 : le temps du projet

Première réunion d'information pour l'élaboration d'un programme de santé (Peps) auprès de l'ensemble des habitants, élus, professionnels, associations du canton : avril 1992.

Démarrage des actions : septembre 1993.

Les jeunes
1993 à 1997 : actions d'éducation pour la santé dans les écoles primaires et au collège à partir des représentations des jeunes.
1997 à 1999 : formation aux gestes de premiers secours dans les communes avec le comité santé à la demande des jeune. Participation à la rédaction d'articles pour le journal.
1999 : rencontre de professionnels « *en panne de motivation* » pour agir auprès des jeunes. Ces professionels reposent la problématique « jeunes » aux élus du territoire. Ils s'organisent en comité technique pluridisciplinaire.
2000 : un projet est en cours d'élaboration avec les habitants, les élus, les professionnels, les associations et institutions, dans le cadre d'une structure de développement intercantonale.

Le journal
Suite à l'abandon d'un projet de radio locale, mise en place d'un comité de rédaction en avril 1994 et constitution d'un réseau d'informateurs-correspondants dans les communes.
Novembre1997 : création d'une association « Vis ta santé »
Décembre 2000 : sortie en cours du numéro 13.

Le comité santé
Des équipes de santé communales et intercommunales organisent des soirées santé thématiques à partir de janvier 1995.
Décembre 1997, création d'un comité santé MSA : 21 personnes dont 6 élus MSA, l'assistante sociale coordonnatrice, l'infirmière et le médecin de la MSA. Début d'un partenariat avec le Comité départemental d'éducation pour la santé de Corrèze (Codes).
À partir de 1999, forte implication du médecin dans l'animation des soirées et participation des habitants à partir de leurs savoirs.
Le comité a deux nouveaux projets santé, en partenariat pour l'année 2001, avec la Ligue contre le cancer et le Codes.

Le SEL
Avril 1997 : première réunion avec les bénéficiaires du RMI organisée par les assistantes sociales du canton (MSA et conseil général) et intitulée « *Quand la santé va tout va* ».
Juin 1997 : création par les participants d'une association « *Sans argent'as troc* ».
Décembre 1997 : scission du groupe et création d'un réseau d'entraide informel qui rejoindra petit à petit des SEL voisins.
Décembre 2000 : idée d'un projet de regroupement des SEL du département.

Les aidants familiaux
Création d'une équipe de professionnels, bénévoles et responsables d'association en octobre 1994, animée par l'assistante sociale.
Recherche action :
- Phase préparatoire (élaboration d'un questionnaire, formation des enquêteurs, etc.) : novembre 1994 à novembre 1995.
- Entretien auprès des aidants : décembre 1995 à mars 1996.
- Exploitation des 150 questionnaires, rapport d'enquête : mars 1996 à juin 1996.
- Feed-back aux habitants et partenaires : septembre à novembre 1996.
- Création par les enquêteurs bénévoles et les aidants d'une association relais « Le Fil des aidants » : novembre 1996.
- 1999 et 2000 : reconnaissance départementale et soutien de nouveaux sponsors. Projet de développement d'un réseau départemental « Fil des aidants ».

lontaire, n'autorisent pas le groupe à achever ses projets, à aller au bout de ses réalisations et à réussir. Parfois, il suffit de donner des signes explicites de reconnaissance aux personnes, pour renforcer la convivialité et permettre à l'action de repartir.

Laisser du temps au temps

Un élément fondamental à intégrer dans l'élaboration d'une démarche communautaire est celui du temps, d'autant plus que sa perception est différente selon les acteurs. Le temps *(faire avec le temps, donner du temps au temps)*, n'est-ce pas la garantie pour qu'un véritable projet éducatif et communautaire se construise ?

Il est beaucoup plus simple de penser pour les gens et cela est moins long, mais contraire aux valeurs de Paolo Freire : *« je ne peux ni penser par les autres, ni pour les autres, ni sans les autres »*.

Prendre le temps de l'ouverture à la communauté implique que nous soyons nous-mêmes ouverts aux autres, ouverts à la vie, ouverts au dialogue, à la rencontre de l'autre différent de soi. L'homme est au centre du processus communautaire, c'est la façon dont nous organisons cette rencontre et comment nous entretenons ce désir de dialogue et d'action qui va permettre l'expression de la motivation et d'en suivre la piste *« tantôt dans les creux et tantôt dans les bosses »* en acceptant l'imprévisible.

Martine Delage
Assistante sociale,
Mutualité sociale agricole de Corrèze.
Inspirée par les paroles de Cathy, Pierre, Monique, Guy, Huguette, Brigitte, Daniel, Jean-Marie, Gisèle, Anne-Marie et les autres.

1. *Système d'échange local.*

Le temps pour construire : l'exemple du réseau d'adultes relais à Valence

Depuis quatorze années, le service municipal Hygiène Santé Environnement de Valence forme des adultes relais et leur permet d'acquérir une culture de santé commune.

Au titre de ses actions de formation d'adultes relais confrontés aux problèmes de santé des adolescents, le service Hygiène Santé Environnement de la ville de Valence a reçu, en 1998, le prix de santé publique de la Fondation de France. Notre service municipal de santé publique a cherché à mettre en place des réponses adaptées aux problèmes de mal-être d'une part, et de conduites à risques des jeunes et aux difficultés des parents et professionnels qui les côtoient d'autre part.

Un travail de partenariat entre associations et institutions (mission locale, Éducation nationale, direction départementale des Affaires sanitaires et sociales, etc.) a permis la mise en place du « dispositif d'adultes relais ». Celui-ci consiste en des activités de formation et d'animation sur la santé des jeunes, sur la prévention des toxicomanies et des conduites à risques destinées aux professionnels et bénévoles qui côtoient les jeunes au quotidien. L'objectif principal de ce dispositif est de renforcer les capacités d'écoute, de dialogue et d'orientation des adultes dans le cadre de la prévention primaire des troubles de comportement à l'adolescence.

Ce dispositif permet la participation à une vie en réseau et s'articule autour de deux structures principales :

- le Point Relais Oxygène, créé en 1988, est une structure d'écoute et d'accueil des jeunes, de leurs parents et des professionnels qui les encadrent ;
- l'Espace Santé Jeunes, créé en 1993, est un service de médecine préventive pour les jeunes en recherche d'emploi et pour les étudiants.

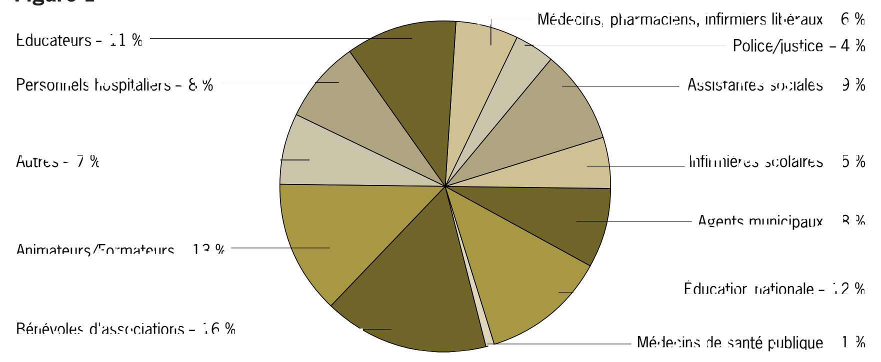
Un fonctionnement basé sur l'échange et le décloisonnement

Depuis 1986, un cycle de formation initiale de sept jours est reconduit tous les ans. Il est animé par une psychologue du Point Relais Oxygène et l'évaluation qui en est faite, à la fin de chaque stage, a permis de le faire évoluer, tant au niveau de la forme que du contenu. Les thèmes abordés sont l'adolescence, la toxicomanie, l'alcool, le sida, le suicide, la violence, les conduites à risques, la prise en charge thérapeutique, les produits et leurs effets, les aspects législatifs et juridiques, l'approche familiale, les jeunes et la cité, etc. De nombreux intervenants viennent parler de leur expérience et de leur structure d'appartenance. Ils sont psychiatres, pédiatres, médecins spécialisés en toxicomanie, en alcoologie, sur le sida, sociologues, magistrats, commissaires de police, éducateurs, etc.

À partir de méthodes participatives, cette formation se veut autant une réflexion personnelle et collective sur des comportements liés à l'adolescence qu'un apport de connaissances. Échanges sur les pratiques professionnelles, décloisonnement institutionnel, constitution d'un réseau doivent permettre aux acteurs de terrain de se ressourcer afin de développer des actions auprès des jeunes et des familles. Documentations, bibliographies, fichiers ressources sont également proposés.

Suite à ce premier temps fort, des rencontres mensuelles en petit groupe et des conférences-débats trimestrielles sont proposées, tout au long de l'année, aux adultes relais. Le lien et les échanges transitent aussi par l'écrit avec l'édition d'un journal. Par ailleurs, nous sollicitons tout le réseau chaque fois que la ville se mobilise pour la santé (Santéstival, semaines Santé Jeunes, etc.)?

Figure 1



La diversité des origines professionnelles, associatives et institutionnelles constitue la force de ce dispositif.

En quatorze ans de fonctionnement, quatre cents personnes ont suivi ce cycle de formation et ont rejoint le dispositif d'adultes relais. Le stage proposé a toujours autant de succès et la liste d'attente pour participer aux stages est souvent longue.

La multiplicité des différents secteurs d'activité des participants fait tout l'intérêt et l'originalité de cette formation : assistantes sociales, infirmières scolaires, médecins de santé publique, professionnels de l'Éducation nationale, éducateurs, animateurs, formateurs, professionnels de la police et de la justice, médecins libéraux, pharmaciens, infirmiers libéraux, personnels hospitaliers, bénévoles d'associations, agents municipaux, prêtre, psychologues, responsables d'agences HLM, service de tutelle, élus municipaux, habitants de quartier, conseillères conjugales, etc. ont ainsi la possibilité d'échanger régulièrement *(Figure 1)*.

Un stage davantage ancré sur les vécus et les réalités que dans le passé

Grâce aux expériences des uns et des autres, les stages peuvent intégrer un vécu riche d'expériences. On observe une évolution du profil des participants avec une augmentation des bénévoles d'associations humanitaires chargés d'accueillir des populations en très grande difficulté. La nécessité de prendre en charge des situations de plus en plus complexes où se côtoient problèmes personnels, familiaux et socio-économiques oblige à se situer dans le concret. Nous savons que les acteurs de terrain sont souvent, dans ces cas, très démunis et très demandeurs d'échanges.

La qualité de réflexion de chaque participant en amont du stage, au travers de sa propre expérience, est frappante. Chacun ajuste de plus en plus sa pratique au concept de prévention globale de l'ensemble des comportements à risque des adolescents. Par exemple, les conduites de violence qui nous interpellent de plus en plus, sont replacées dans un ensemble de comportements et ne sont plus abordées comme des problèmes isolés.

Deux évaluations par des organismes indépendants du dispositif des adultes relais montrent l'intérêt d'inscrire l'action dans la durée

En 1991, après cinq années d'existence, l'intérêt de ce réseau a été mis en évidence, notamment dans l'écoute et l'orientation des jeunes vers les structures de prévention ou de soins, mais aussi dans la mise en œuvre d'actions de santé communautaires auprès des jeunes et des familles (collèges, lycées, prisons, pôles d'insertion professionnelle, foyers de jeunes travailleurs, maisons de quartiers, etc.). L'évaluation concluait : *« une dynamique productrice s'est engagée et mérite d'être soutenue »*.

En 1998-1999, après douze ans de fonctionnement, l'évaluation a pu mettre en évidence les points forts : acquisition de connaissances, renforcement des capacités d'analyse, de réflexion et d'écoute des participants, décloisonnement institutionnel, émergence de questionnements communs. Des indicateurs concrets montrent qu'aujourd'hui ce réseau est bien vivant et efficace. Mais devant l'augmentation constante du nombre de participants et des structures constituant ce réseau, des limites sont apparues comme la difficulté d'en connaître tous ses membres.

Mon regard sur l'action

Ce réseau a connu une montée en puissance progressive au fur et à mesure des formations annuelles. Son plus grand mérite est à mes yeux d'avoir su durer dans le temps. En effet, régulièrement, nous avons été sollicités pour changer de projet… Ce réseau ne pouvait porter ses fruits, à mon sens, que si nous persévérions.

En effet, trop souvent, les programmes sont limités dans le temps et dépendent de financements eux-mêmes éphémères. Il était important ici de travailler sur du long terme et la permanence des équipes au sein de la direction Hygiène Santé Environnement a sûrement contribué au fait que nous ayons pu « maintenir la barre » de façon dynamique et constructive, et cela depuis 1986.

Aujourd'hui, les efforts ont été récompensés, notamment par le prix de santé publique que nous a décerné la Fondation de France. Cela ne doit pas nous dispenser de nous remettre en question (au sein de l'équipe coordinatrice ou au sein du réseau) autour de nos pratiques, des besoins des jeunes, de nos préoccupations voire même de nos projections… Cela dit, nous ne pourrions imaginer les mêmes impacts des différentes actions de santé publique que nous initions, sans ce facteur démultiplicateur auprès des familles et de la population que constitue ce réseau interactif d'adultes relais, particulièrement précieux.

Sylvaine Boige-Faure
Médecin-directeur, responsable de la direction Hygiène Santé Environnement

Contact :
Ville de Valence
Direction Hygiène Santé Environnement
Place Louis Le Cardonnel - 26000 Valence

Donner la parole aux habitants en amont des actions de santé

Une démarche innovante en Mayenne

Afin de mettre en place des actions adaptées au vécu des Mayennais et à la façon dont ils perçoivent leur environnement, la Société française de santé publique (SFSP) a réalisé une étude pour la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) de la Mayenne sur le ressenti de la population par rapport aux quatre priorités de santé définies dans ce département, à partir des priorités nationales et régionales : alcool, suicide, vieillissement et santé, précarité et santé.

Avec l'organisation régulière de conférences de santé associant professionnels et population, la France s'est engagée à définir sa politique de santé sur un mode participatif. Or, selon le rapport d'étape des conférences régionales de santé (Graphos – UMR CNRS, 1999), *« dans la pratique des conférences régionales de santé, on observe très rarement des demandes exprimées par les citoyens eux-mêmes »*. Jusqu'à présent, les usagers ont été quasi absents du processus décisionnel alors qu'il serait souhaitable qu'à moyen terme, l'organisation des conférences de santé accorde une place plus large au citoyen en expérimentant des méthodes de consultation/participation. En demandant à un organisme indépendant de réaliser une étude sur la perception des priorités de santé par les habitants du département, la Ddass de la Mayenne a trouvé un moyen de donner la parole à la population concernée, en amont de l'élaboration d'actions. Le « ressenti » des usagers a été présenté publiquement lors du forum départemental de la santé de juin 2000 dans la ville de Mayenne. Parallèlement, à partir des informations recueillies, des groupes de travail regroupant des professionnels et des bénévoles ont réfléchi à la façon de concrétiser les demandes des habitants et ont présenté leurs propositions au cours de ce forum.

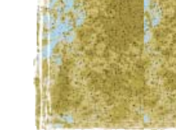
Des vécus et un contexte qui éclairent les priorités

Les données épidémiologiques et démographiques sont à l'origine de la définition des priorités de santé en Mayenne et attestent la légitimité des préoccupations liées au suicide[1], à la consommation d'alcool[2], au vieillissement[3] et à l'accès aux soins pour les personnes en situation précaire. Ces priorités de santé ont semblé relativement méconnues des habitants mais aucune d'elles n'a été remise en cause. Les informations recueillies se sont situées essentiellement à deux niveaux : d'une part, celui du vécu face à des événements précis et identifiables par les interlocuteurs et, d'autre part, celui des impressions sur le département et la situation collective. Le recueil d'informations a permis une expression individuelle et collective amenant des constats précis sur chacun des thèmes prioritaires ainsi que des propositions pratiques.

Pour mieux comprendre la situation de ce département de 285 000 habitants dont la moitié des communes a moins de 500 habitants, il est nécessaire de savoir comment celui-ci s'est construit au fil des siècles, de cerner les sentiments d'appartenance ou de rejet en fonction du lieu de résidence, de comprendre les croyances qui se transmettent et… de percevoir pourquoi les Anglais y recherchent des résidences secondaires ! Par ailleurs, la Mayenne connaît depuis longtemps une émigration de sa population en âge de travailler, alors qu'elle connaît un très faible taux de chômage (autour de 5 %) et une très faible immigration. Si l'étude présentée ici n'a pas porté sur l'ensemble de ces phénomènes, elle a pu replacer les informations recueillies en fonction de données sociodémographiques significatives. Nul doute que les réponses apportées à nos questions sur les priorités de santé ont fait très souvent référence au sentiment de n'être pas forcément « comme les autres » parce que Mayennais… Ces perceptions semblent alors incontournables pour définir en Mayenne des stratégies d'actions mobilisatrices susceptibles de gagner la confiance des habitants.

Identifier des causes avant d'agir

Lors du recueil d'informations, la consommation excessive d'alcool a été abordée dans le but d'en identifier les causes et les conséquences perçues par les Mayennais et ce, afin d'y ajuster les propositions d'actions ; si les réponses individuelles ont essentiellement concerné la consommation excessive « des jeunes », les débats ont souvent abouti à un questionnement sur l'attitude des adultes et des pouvoirs publics.



Méthode d'enquête

Cette étude s'est déroulée de février à mai 2000. Elle a débuté par des entretiens semi-directifs auprès d'habitants du département. Quatorze personnes ont été interviewées, environ une heure chacune. Cette première phase a permis de situer les priorités de santé en fonction des trajectoires individuelles.
Puis l'enquête téléphonique par tirage aléatoire à partir de l'annuaire téléphonique a permis de recueillir l'opinion de 106 habitants de Mayenne. Le questionnaire était constitué de questions ouvertes et fermées. Il cherchait à évaluer les sources d'information, les priorités de santé citées spontanément, ainsi que les opinions par rapport aux quatre priorités définies pour le département.
Pour finir, six réunions ouvertes à l'ensemble de la population ont réuni un total de trente-huit personnes dans les trois villes principales du département. Ces rencontres avaient pour objectif de faire émerger la diversité des points de vue et d'engager un débat.
Même si les jeunes de moins de 30 ans ont été sous-représentés et les femmes sur-représentées, ces trois niveaux de l'enquête ont permis de recueillir l'opinion de personnes aux caractéristiques socio-démographiques représentatives.

Les réactions face au suicide ont montré que la majorité des personnes se sentait personnellement concernée : les réponses ont permis de comprendre le contexte dans lequel ces drames individuels et familiaux se déroulent et de repérer les aides les plus appropriées pour les suicidants et pour leur entourage.

Concernant la santé des personnes âgées, c'est la place accordée aux aînés qui s'est trouvée au centre des réponses : comment respecter les choix et les besoins des plus âgés tout en prenant en compte les difficultés des aidants, familiaux et professionnels ?

Quant aux questions sur l'accès aux soins des personnes en situation précaire, elles ont mis en évidence des difficultés plus générales sur l'offre de soins et l'accessibilité de celle-ci ; difficultés accrues pour les personnes en situation précaire. La plupart des réponses sur un thème précis a donc conduit à replacer la question dans une problématique plus large.

Une analyse transversale des différents thèmes a été particulièrement instructive. Elle a permis de faire apparaître les liens entre une sous-estimation des capacités à réagir et des problèmes d'identité du département. De plus, le sentiment fort d'un manque d'écoute et de disponibilité des professionnels, la fragilisation des familles lorsque des difficultés socialement marquées apparaissent constituent des freins à part entière dans les actions de santé.

L'intérêt principal de l'étude consiste à réduire les décalages entre concepteurs et destinataires des actions à venir ; l'idéal étant que celles-ci intègrent pleinement, dès leur conception, la perception de ces destinataires qui pourraient ainsi plus facilement devenir acteurs. Cela implique aussi la volonté d'un partage et d'une écoute différente de la part des professionnels. C'est un véritable changement culturel qui est nécessaire.

Cécile Lothon-Demerliac
Sociologue, chargée de projets à la Société française de santé publique (SFSP), Vandœuvre-lès-Nancy.

1. Les chiffres suivants sont extraits du rapport « Indicateurs santé-précarité », rédigé par l'Observatoire régional de santé, janvier 2000. La mortalité par suicide est supérieure en Mayenne de 28 % à la moyenne nationale pour les hommes et de 99 % pour les femmes.
2. La mortalité des hommes par cancer des voies aérodigestives supérieures, dû à la consommation d'alcool/tabac, est supérieure de 16 % à la moyenne nationale.
3. La proportion des personnes âgées de plus de 75 ans est de 7,2 % pour 6,6 % au plan national.

Au forum, citoyen !

Les États généraux de la santé organisés en France en 1999 et 2000 sont une expérience utile pour comprendre les intérêts et les difficultés de la participation des citoyens aux débats de santé publique.

L'organisation des États généraux de la santé et plus particulièrement des forums citoyens ont mis en avant, si besoin était, la forte capacité des citoyens à se mobiliser pour participer au débat en santé publique. Cette expérience nouvelle a aussi permis de prendre la mesure du chemin qu'il reste à parcourir pour continuer d'associer la population aux décisions qui la concernent. Mais quelles que soient les limites de telles manifestations, elles ont eu le mérite d'exister. Et dorénavant, rien ne sera plus comme avant. Les citoyens y veilleront sans doute.

Qu'est-ce qui fait courir les citoyens ?

Une des questions récurrentes à propos de la participation des citoyens concerne leur motivation. Vont-ils venir ? Dans le cadre de États généraux de la santé, leur volonté de participation était forte et liée à deux types de motivations. Pour certains membres du jury, il s'agissait d'un véritable engagement dans la vie publique, d'un acte politique. Le fait d'avoir été sollicités apparaissait à la fois comme une innovation et comme une chance à saisir. Les forums ont marqué symboliquement la reconnaissance de la compétence des citoyens dans le domaine de la santé. Pour d'autres, l'investissement dans le débat relevait plus d'un engagement personnel suite à une expérience souvent douloureuse de la maladie. La force du témoignage devait alors servir à la collectivité.

Quelles que soient leurs motivations, les personnes engagées attendaient de contribuer à la construction d'un véritable changement, à la fois dans les manières de construire les processus de décision, mais aussi dans les pratiques et l'organisation du système de soins. Pour que ces changement s'opèrent, la confrontation des idées, notamment entre les usagers et les experts, est une nécessité. Cet échange a eu lieu mais il reste du chemin à parcourir pour qu'un véritable dialogue s'installe.

Experts et citoyens : une rencontre enrichissante mais… difficile

Si l'on s'interroge souvent sur la place des citoyens, leur mode d'intégration à un processus de consultation et/ou de décision, leur formation, etc., la place des experts fait moins l'objet de réflexion ou de publications. Peut-être parce qu'ils sont les acteurs « naturels » de la construction du savoir en santé publique, leur fonction paraît claire. Mais les forums citoyens, de par leurs objectifs et leur mode d'organisation, ont mis en exergue la difficulté d'être expert face au grand public. Un nouveau rôle émerge, qui ne consiste pas seulement à construire de la connaissance et à la mettre à disposition d'autres experts et/ou politiques. L'enjeu principal est de savoir la partager, la confronter à l'épreuve de l'expérience singulière des citoyens. L'expert face au citoyen doit mettre en œuvre un savoir être qui ne va pas de soi.

Dans le cadre des forums, les membres des jurys ont participé à une formation. Quid des experts ? Le dialogue et la communication nécessitent un apprentissage. La capacité à l'échange et à l'écoute sont des qualités que les citoyens attendent des professionnels. Rompus aux communications scientifiques, certains d'entre eux devront petit à petit apprendre à improviser et à faire face à la spontanéité des questions.

Et maintenant ?

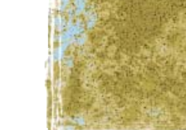
Les forums citoyens ont permis d'expérimenter un mode d'intégration des usagers à la réflexion et au débat en santé publique. Ce petit pas vers la démocratie sanitaire a enrichi la réflexion sur ce type de démarche. Il a convaincu certains de la capacité des citoyens à s'interroger, à réfléchir, à être force de proposition. Il a mis en avant un rôle nouveau des experts qui devront de plus en plus combiner une connaissance scientifique et une capacité à communiquer avec les citoyens. Il a permis de dresser un état des lieux des attentes des usagers et notamment dans le domaine de l'information, de la relation aux professionnels et de l'égalité des soins.

Comme toute consultation, la question reste posée de suites données à de telles initiatives. Le rapprochement avec la démarche communautaire est alors aisé. Tel un diagnostic, les forums citoyens ont permis de dresser un constat sur un certain nombre de thèmes. Ils ont fait émerger des priorités. Mais le plus dur reste à faire. Veiller à ce que, par la suite, les décisions prises, les actions mises en œuvre tiennent compte de toute la richesse de cette première étape et soient visibles par ceux qui ont contribué à enrichir la réflexion.

Aller au bout de la démarche

Il existe aujourd'hui de nombreux lieux où la parole des citoyens pourrait être entendue et restituée : les conférences régionales de santé, les programmes régionaux de santé… sont autant de projets auxquels ils sont parfois associés. Mais qui aujourd'hui dans le grand public sait quelles sont les priorités de santé définies dans sa région ?





Qui connaît les objectifs d'une conférence régionale de santé ?

Peut-on sérieusement imaginer faire une place aux citoyens quand la majorité d'entre eux ignore le fonctionnement du système de santé, les enjeux fondamentaux pour la collectivité d'un politique de santé publique ? Ne pas leur donner les moyens de comprendre le fonctionnement du système, ne pas rendre visibles et lisibles les décisions prises, les actions mises en œuvre, c'est les cantonner à des consultations ponctuelles, sur des thématiques particulières et prendre le risque d'une confrontation experts/usagers qui sera toujours inégale.

Les forums citoyens

Dans le cadre des États généraux de la santé, vingt-six forums citoyens ont été organisés sur les thèmes suivants : jeunes et santé, droit de vieillir, santé et cadre de vie, périnatalité, accéder aux soins, le droit des usagers dans le système de santé, hôpital et ville, cancer, les maladies rares, douleur et soins palliatifs, santé mentale, progrès médical : conséquences sur les pratiques et l'accès aux soins pour tous, soins : l'impératif de qualité, la santé par la prévention.

Ces forums ont rassemblé environ 7 000 personnes parmi lesquelles, 300 membres des jurys et 250 experts.

Chaque forum a fait l'objet d'une synthèse. La Société française de santé publique (SFSP) a réalisé une évaluation à travers l'observation d'un certain nombre de forums et un questionnaire auprès d'experts et de membres du jury.

Anne Laurent-Beq
Conseillère technique
Société française de santé publique (SFSP),
Vandœuvre-lès-Nancy.

Des échanges de savoirs sur la santé

Essentiellement construits autour d'activités du quotidien, les échanges de savoir permettent de recréer du lien social, de favoriser le partage des compétences et des expériences des habitants. Et si la santé pouvait aussi faire l'objet d'un échange ? C'est autour de ce postulat que s'est construit le réseau de Bourges. Il permet à une vingtaine de personnes d'échanger leurs savoirs et de retrouver petit à petit le chemin vers une prise en charge de leur santé.

Les habitants s'organisent

Bourges est une agglomération de 72 000 habitants. Elle a sa cité banlieue de 30 000 habitants classée Zep, en contrat de ville et zone franche.

En 1990, suite à la procédure DSQ (Développement social des quartiers), des habitants s'organisent et créent le Comité des habitants de Bourges Nord. Celui-ci choisit plusieurs axes de travail et crée des commissions : Urbanisme, Communication, Fêtes, Santé. Cette dernière a mené un certain nombre d'actions. Son responsable, prêtre et militant associatif, cherche à redonner la parole aux habitants.

Parallèlement, des travailleurs sociaux et quelques familles mettent en place un réseau d'échanges réciproques de savoirs. Mais la santé des habitants reste une préoccupation pour les professionnels. C'est donc naturellement que nous mettons en commun nos questions et cherchons comment la pédagogie des échanges réciproques de savoirs peut servir la santé.

Questions de santé

Nous faisons ensemble le constat du fait que si le mot santé n'est pas souvent utilisé de manière explicite, il est présent de manière implicite dans de nombreuses expressions ou de nombreuses plaintes : mal de dos, peurs au quotidien, angoisses, mal-être, insomnies, bruit, malnutrition, consommation importante de psychotropes, coût des soins, etc. La liste pourrait être longue. Nous repérons des comportements différents face à ces questions : subir, fuir ou réagir. N'en est-il pas de même face à notre vie ?

Parallèlement, nous observons à travers les réseaux d'échanges combien partager l'un de ses savoirs et en acquérir de nouveaux redonne de la confiance, de l'assurance, du sens. N'est-il pas possible dans ce contexte de conjuguer une pédagogie qui redonne sa place aux habitants et un questionnement sur la santé ?

Nous entendons souvent dire que la santé est l'affaire du médecin, des professionnels. N'y a-t-il qu'eux pour en parler ? Claire Héber-Suffrin, fondatrice des réseaux d'échanges réciproques de savoirs (Rers) cite souvent un proverbe africain pour expliquer que chacun sait ce qu'il veut apprendre et comment il veut l'apprendre. J'en ai retenu ceci *« C'est bien le porteur de la chaussure qui sait où elle lui fait mal »*. Alors oui, quand je dis que j'ai mal au dos et que le médecin me dit que ce n'est pas possible, je ne peux pas le croire.

La naissance d'un réseau d'échanges de savoirs sur la santé

Forts de notre expérience, nous affirmons que la santé peut aussi faire l'objet d'un échange. Nous avons des savoirs (et des ignorances) sur notre corps, des expériences, des connaissances, des manières de faire par rapport à notre santé. Si nous pouvons en acquérir de nouveaux, nous pouvons aussi acquérir plus de pouvoir sur notre corps et sur notre vie et, ainsi, nous sentir mieux.

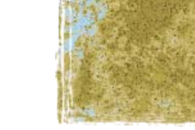
Chacun de nous a une manière de vivre et de survivre, et notre expérience individuelle constitue déjà un savoir à partager. Nous pouvons alors le confronter à celui des professionnels, c'est-à-dire apprendre les uns des autres et apprendre ensemble. Tous pouvant donner et recevoir, mais pas les mêmes choses. La réciprocité étant une dimension essentielle pour un apprentissage efficace.

À partir de 1992, nous proposons des échanges santé avec pour objectifs de :
- favoriser l'expression et le partage de savoir sur des thèmes donnés et ainsi acquérir plus de pouvoir sur son corps et sur sa vie ;
- se responsabiliser face à sa santé, oser interpeller les professionnels, s'organiser ;
- devenir plus auteur de sa vie et acteur dans son quartier, sa ville.

Un mode de fonctionnement et des règles clairs

Ce partage d'expériences ne peut se faire qu'avec des règles précises et connues de tous : les deux animateurs-médiateurs en sont garants. Quelques principes régissent le fonctionnement des échanges.

- Il ne s'agit ni d'un lieu de soins, ni d'un groupe thérapeutique.
- Partager son expérience ne signifie pas se dévoiler totalement. Les animateurs s'autorisent à arrêter une personne qui s'expose trop ou met en danger le groupe.
- On n'intervient pas sur l'expression de l'autre.



• Ce qui est dit dans le groupe reste propriété du groupe.
• On a droit à sa carte Joker, c'est-à-dire venir et ne rien dire.

Les rencontres ont lieu toutes les six semaines environ. Le thème choisi à l'avance par les participants se traite sur deux séances de 1 h 30 à 2 h et dédoublées à 14 h et 18 h.

Lors de la première séance, aucun intervenant extérieur n'est sollicité. Chacun est invité à dire des mots, des expériences négatives ou positives sur le thème. C'est un temps pour se connecter, se re-lier, se libérer, temps qui permet de repérer les différentes approches du sujet. Ceux qui le souhaitent donnent des éléments de leur expérience, ce qu'il ont mis en place pour que cela change, ce qu'ils ont compris. Une synthèse réalisée par les animateurs permet de se mettre d'accord sur les points essentiels qui vont aider à trouver la personne intervenante pour la séance suivante.

Au cours de la seconde séance, nous invitons un professionnel de la santé ou du sujet traité rencontré auparavant. Des expressions complémentaires, un bref rappel, et l'intervenant entre dans la dynamique du groupe, corrige, explique, complète, trie, ordonne. C'est alors que se vit le croisement des savoirs.

Certains participants souhaitent poursuivre la réflexion et se retrouvent deux ou trois fois pour se soutenir. Les échanges sur le thème « *Perdre du poids en se nourrissant mieux* » ont fait merveille pour certaines.

D'autres thèmes ont été abordés : le sommeil plusieurs fois, la mémoire, les peurs, les angoisses, la douleur, les complexes, les pieds, être mieux dans son corps, la relation avec son médecin, un quartier en bonne santé, parents-enfants-adolescents : notre relation, etc.

Les rencontres durent toujours, d'autres animateurs ont pris le relais. Un partenariat s'est établi avec le service prévention de la Mutualité française et l'une des animatrices de ce service participe également à l'animation. À plusieurs reprises, lors des bilans, il a été évoqué l'importance d'un tel lieu de rencontre, de paroles non institutionnelles, mais animé par des professionnels.

Les effets produits et les limites

Au bout d'un an de fonctionnement, un groupe d'une vingtaine de personnes constitue le noyau de l'action. Ce groupe est ouvert en permanence et pourtant la difficulté à y faire venir de nouvelles personnes est grande.

Si l'effet est positif pour chaque membre, cela reste un bénéfice individuel. Il n'y a pas eu de véritable action collective vers l'extérieur hormis une distribution de tracts sous forme de lettre ouverte au maire pour dénoncer la fermeture du centre de soins du quartier.

Cependant, des personnes se sont engagées individuellement dans la réflexion et la création d'un lieu d'accueil et d'écoute : « Rivage », s'adressant plus particulièrement aux parents et fonctionnant sur le même principe de l'échange de savoirs.

Par ailleurs, on a vu des personnes se transformer, prendre leur santé en main, changer des petites choses dans leur comportement, au quotidien. « *Quand on sort de ces rencontres, on se sent intelligentes.* »

La santé n'est pas considérée comme un fin en soi, mais comme une ressource à développer, un levier pour agir, se sentir bien, aimer et vivre en harmonie avec son entourage. Elle est dans cette expérience prise dans son sens le plus large de qualité de vie et de bien-être. C'est aussi en ce sens que l'élargissement, l'évolution vers un lieu d'accueil, d'échanges et de paroles sur la relation parent-enfant se situe dans le champ de la santé. Il s'agit, en permettant ces rencontres, de permettre aux habitants de prendre la parole, de créer du lien social et ainsi de contribuer à la lutte contre l'exclusion. Un grand pas reste à franchir pour que habitants-citoyens nous prenions part aux décisions de santé publique.

Marie-Hélène Biguier
Membre du réseau d'échanges réciproques de savoirs, Bourges Nord.

Pour en savoir plus

Sites Internet

• Service de médecine préventive et sociale. Faculté de médecine St-Antoine, Paris
http://www.ccr.jussieu.fr/sante.doc/MPS-St Antoine.htm

• Association des CLSC et des CHSLD (centre local de services communautaires et centres d'hébergement et de soins longue durée)
http://clsc-chsld.qc.ca/

• Resscom : recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires
http://perso.wanadoo.fr/resscom

• Santé com ; Service documentaire québecois spécialisé en santé publique
http://www.sante.com.qc.ca/

• Institut Théophraste Renaudot
http://renaudot.free.fr/quisommesnous.html

• Le Réseau d'informations sur le développement social (Rids)
http://www.odas-rids.net/contact.htm

Formations

• DIU Pratiques en santé communautaire. Université Joseph Fourier de Grenoble

• DU de Santé publique, mention Santé publique et communautaire. Université Henri Poincaré de Nancy I

• DU Méthodologie en santé communautaire. Université de Rennes I

• DU Santé communautaire. Université de Bordeaux II

Ouvrages

Bichmann W., Rifkin S.B., Shrestha M. *Peut-on mesurer le degré de participation communautaire ?* Forum Mondial de la Santé 1989 ; 10 : 513-9.

Chantraine J., Piette D. Participation de la population aux prises de décision. Éducation Santé 1994 ; 85 : 3-9.

Chombart De Lauwe P.H., Mingasson L., Vulbeau A. *Participer : les techniques.* Informations Sociales 1995 ; 44 : 1-109.

Connille E., O'Neill M. *La notion de santé communautaire : éléments de comparaison internationale.* Rev. Can. Santé Publique 1984 ; 75 : 166-75.

Demarteau M. *L'éducation pour la santé dans la démarche de santé publique : modèle épidémiologique ou modèle communautaire ?* L'observatoire 1994 ; 3 : 24-31.

Fournier P., Potvin L., Kaddar M. *Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. La participation communautaire : une réponse à un double échec ?* Sci. Soc. Santé 1995 ; 13 : 39-64.

Freire P. *Pédagogie des opprimés.* Paris : Maspero, 1977 : 202 p.

Gottot S., Brodin M., Lombrail P., *et al. Un enseignement de méthodes pour la santé communautaire.* Rev. Educ. Med. 1988 ; 11 : 35-40.

Joubert M., Bertolotto F., Bouhnik P. *Quartier démocratie et santé : mode de vie et santé des familles et des jeunes sur un quartier de banlieue. Une recherche-action en santé communautaire.* Paris : L'harmattan (coll. Logiques sociales), 1993 : 271 p.

Labonte R. *Conférer le pouvoir aux communautés : la nécessité d'une analyse politique.* Can. J. Public Health 1989 ; 89 : 89-91.

Lavoie J., Panet-Raymond J. *L'action communautaire. Guide de formation sur les étapes de l'intervention communautaire.* Montréal : Centre de formation populaire, 1993 : 58 p.

Liekens A. *Une étape décisive dans les programmes de santé communautaire : la détermination des priorités.* Contact Santé 1997 ; 114 :16-7.

Machado V., Petitgirard A., Brixi O. Négociation. In : Péchevis M., *et al. La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire.* Paris : Centre international de l'enfance, 1990 : 156-8.

Marcotte F. *L'action communautaire : ses méthodes, ses outils, ses rouages et sa gestion.* Montréal : éd. Saint Martin, 1986 : 141 p.

Morel J. Actualité du concept de santé communautaire. In : *Susciter la santé communautaire.* Santé conjuguée 1998 ; 4 : 25-8.

Piette D. *La participation communautaire à travers des mécanismes formels de prise de décisions.* Santé conjuguée 1998 ; 4 : 44-8.

Pissarro B. *Méthodes pour l'action - Action-formation-recherche et mise en réseau des habitants.* Territoires « Santé, premier pas vers la citoyenneté » 1996 ; 365 : 48-51.

Potvin L., Paradis G., Lesssard R. *Le paradoxe de l'évaluation des programmes communautaires multiples de promotion de la santé.* Ruptures 1994 ; 1 : 45-57.

Ces maladies transmissibles à l'homme

On les appelle « maladies partagées ». À travers elles, on découvre les liens entre l'homme et l'animal le rôle de certains virus, de bactéries ou d'autres éléments protéiniques.

C'est un ver plat, d'environ 3 cm, parasite des mammifères. Les œufs sont disséminés avec les excréments du bétail, ils doivent impérativement tomber dans l'eau pour pouvoir continuer le cycle. Après une phase de maturation, l'œuf devenu une larve ciliée rejoint son hôte intermédiaire : un petit mollusque aquatique appelé limnée. Après une nouvelle phase de croissance, ce parasite appelé alors cercaire rejoint l'eau et nage jusqu'à trouver un support immergé : pierre ou végétal. Les herbivores (bétail ou homme) se contaminent en ingérant des plantes sur lesquelles des cercaires sont fixées et le cycle est bouclé ! On perçoit bien le rôle des divers protagonistes et l'importance des divers hôtes. Au stade final de sa croissance, il s'agit d'un ver plat, parasite des hommes et des animaux qui les consomment, qui s'appelle la douve. « *Elle provoque une hépatite parasitaire,* explique Chantale Boulard, spécialiste de la douve au laboratoire de parasitologie de Tours (Institut national de recherche agronomique – Inra). *Même si les foyers sont limités, le nord du Portugal surtout, le cresson est à surveiller* ». Cresson, pissenlit et autres salades... des animaux sauvages sont vecteurs de la douve. Une ferme possédant un élevage autour d'un point d'eau est une cible sensible. La réponse est la vigilance d'une part et, d'autre part, la pratique d'une grande hygiène alimentaire. On ne le dira jamais assez : une salade doit être parfaitement nettoyée avant d'être dégustée.

Des maladies contagieuses

Le petit Larousse en couleurs est sans aspérité. La zoonose est une maladie microbienne, parasitaire ou virale atteignant les animaux et pouvant être transmise à l'homme. Quant à l'épizootie, la même encyclopédie nous apprend que c'est une maladie contagieuse qui atteint un grand nombre d'animaux.

Pour qu'une maladie se transmette d'un animal à l'homme, il faut certaines conditions. Que l'agent infectieux soit bien entendu pathogène pour les deux espèces. Que ces deux hôtes cohabitent à proximité. Qu'il existe un vecteur de transmission entre les deux espèces. Celui-ci peut être un insecte (puce pour la peste) ou un simple contact.

Maladies des années quatre-vingt ? Non. Certes, elles apparaissent de façon médiatique jusqu'à fabriquer, ici et là, psychoses et vérités. Les zoonoses sont pourtant là. On en connaît les noms. Certaines sont inscrites dans les mémoires comme la peste, par exemple. Ce mal qui répand la terreur est une très grave maladie infectieuse, contagieuse et épidémique due au bacille de Yercin. La peste se transmet par les puces du rat.

Autre exemple : la trichinellose, infection due à des larves du genre Trichinella, est, selon le laboratoire de parasitologie-mycologie de Cochin à Paris, *« à nouveau menaçante pour la santé humaine en France »*. Depuis 1976, six épidémies provoquées par la consommation de viande de cheval ont impliqué plus de 1 700 cas. Parallèlement, des épidémies de trichinellose liées à la consommation de viande de sanglier sont de plus en plus signalées. D'après l'Office national de la chasse, en accord avec les médecins en charge de cette maladie, une éventuelle modification des habitudes culinaires des chasseurs et de leur famille serait une cause explicative (cuisson insuffisante, conservation au réfrigérateur un certain temps impérative).

Et puis, plus récemment, il y a la « vache folle ». Les images télé ont montré suffisamment de ces bovidés tremblotants, preuve, s'il en est, qu'il y a bien quelque chose d'anormal. Peu à peu, le consommateur-acteur a appris, sans les comprendre, les mots d'encéphalopathies spongiformes transmissibles et de prions. Le seul qui ait été retenu est celui de transmission.

L'épidémie d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) a commencé en 1985 au Royaume-Uni et atteint à ce jour plus de 170 000 têtes dans ce pays (donnée Inra). Elle a également été diagnostiquée en Suisse, en Irlande, au Portugal, en Allemagne et en France. Ce que les médias ont appelé « la crise de la vache folle » a été déclenchée le 20 mars 1996 avec l'annonce par le ministère de la Santé anglais de la transmission vraisemblablement de cette pathologie à l'homme. Elle s'est traduite aussitôt par une grande méfiance des consommateurs vis-à-vis de la viande bovine entraînant une chute importante de la consommation. Depuis, l'actualité de cette maladie demeure très vive en Europe : nouveaux cas, éventuelles transmissions par le lait, le sang, entre espèces, tests de dépistage... Cette épidémie conserve toutefois des zones d'incertitudes concernant son étiologie et ses modalités de transmission.

Des zoonoses diverses

L'actualité ne doit pas cacher d'autres infections. Là encore, on est dans le domaine de la pathologie infectieuse et de l'immunologie. Citons par exemple, la chlamydiose et, en particulier, l'infection à *Chlamydia psittaci,* infection transmissible à l'homme par les oiseaux. La prévention des infections nécessite l'étude des facteurs de virulence des *Chlamydia* et l'identification de marqueurs épidémiologiques. Le but des recherches est d'améliorer le diagnostic, de mettre au point un vaccin efficace ne perturbant pas le dépistage des animaux infectés dans les troupeaux vaccinés et d'étudier la transmission des *Chlamydia* à l'intérieur d'un troupeau (brebis et chèvres) ou entre troupeaux.

Citons encore la brucellose. Elle demeure en ce début de siècle une zoonose majeure, distribuée dans le monde entier. L'éradication de cette maladie infectieuse, très préjudiciable à l'élevage et à la santé publique, nécessite la connaissance approfondie des propriétés fondamentales des *Brucella,* mais aussi celle des mécanismes de la réponse immunitaire de l'hôte.

Listeria fait aussi partie de ce catalogue. Considérée comme une maladie commune à l'homme et aux animaux (en particulier les ruminants), la listériose peut se manifester principalement par des avortements, des septicémies et des méningo-encéphalites. Chez l'homme, l'incidence annuelle (nombre de nouveaux cas) des cas de listériose est très faible : environ quatre cas par million d'habitants en France. Mais la létalité est élevée : 20 à 35 % des malades décèdent.

La transmission

Il existe aussi des maladies similaires nettement moins connues comme la « grippe du poulet », ou la fièvre « Q », par exemple.

La presse a largement relaté le récent incident de Hong-Kong au cours duquel un virus aviaire *Influenza* très virulent pour l'espèce d'origine a franchi la barrière d'espèces et s'est avéré pathogène pour l'homme. On parle alors de grippe du poulet. Ce virus a très certainement atteint Hong-Kong depuis la Chine continentale où semble avoir eu lieu dans les mois précédents une épizootie chez les volailles. La première souche a été isolée en mai 1997, mais l'information relative à cet événement n'a circulé qu'assez tardivement. La grande nouveauté est que ce virus ait franchi la barrière d'espèce vers l'homme. Il s'y est montré très pathogène (4 morts sur 18 cas recensés). D'un point de vue épidémiologique, on ne sait pas s'il s'agit seulement de passages directs de l'oiseau à l'homme, intervenus sans doute avec une faible fréquence, ou s'il y a eu retransmission interhumaine. Selon les chercheurs de

l'Inra, le seul élément en faveur de la seconde hypothèse est l'infection d'un médecin ayant soigné les premiers cas. En France, il n'y a pas eu d'isolement de virus aviaire *Influenza* depuis 1948.

Quant à la fièvre « Q », elle a été identifiée pour la première fois en 1935, en Australie, chez des personnes travaillant dans des abattoirs. Il s'agit d'une maladie transmissible à l'homme due à *Coxiella burnetii,* une petite bactérie largement répandue dans le monde et capable d'infester une vaste gamme d'hôtes incluant l'homme, les animaux domestiques ou de compagnie, le gibier, les rongeurs, les oiseaux. Ce sont généralement les ruminants qui sont les plus impliqués dans la transmission de la maladie. Les *Coxiella* peuvent provoquer chez l'homme une infection aiguë qui se traduit par des épisodes fébriles isolés, des pneumonies, des hépatites granulomateuses (forme la plus fréquente en France), des avortements ou des méningo-encéphalites. Mais le plus souvent, il s'agit d'infections bénignes (confondues avec une infection respiratoire banale) qui, dans un très petit nombre de cas, évolueront vers une infection chronique entraînant une fièvre prolongée, une hépatite, une ostéomyélite ou dans les cas les plus graves une endocardite qui peut être mortelle.

Au centre de l'éducation pour la santé

Ces maladies communes à l'homme et à l'animal, ces épidémies transmissibles nombreuses et variées – parmi lesquelles on pourrait également citer la tuberculose ou la rage – sont aujourd'hui au cœur des recherches scientifiques et médicales. Elles nécessitent connaissance et éducation. Des maladies partagées contaminent cheptels et consommateurs. Elles sont dépendantes d'une information large au service des producteurs, pour les généralistes et pour les usagers. Elles nécessitent aussi une attention particulière en terme de prévention. L'hygiène avec le respect de règles élémentaires aussi banales que le lavage des mains, le rinçage des aliments, le suivi des conseils alimentaires : bien lire une étiquette, suivre les recommandations de cuisson, surveiller la bonne température des réfrigérateurs.

Les zoonoses sont à placer au centre de l'éducation pour la santé, en particulier, auprès des populations les plus sensibles : femmes enceintes, personnes âgées, immunodéprimées, enfants, etc.

Leur contrôle et leur prévention passe par la limitation des contacts directs entre homme et animal et la limitation des vecteurs (lutte contre les insectes, lavage de mains, cuisson des aliments, etc.).

Denis Dangaix
Journaliste

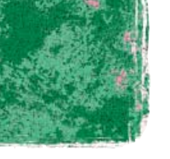
Sources : Inra, ministère de l'Agriculture, Office internationale des épizooties, ministère de la Santé...

◗ Pour en savoir plus

L'OIE, Office internationale des épizooties, Organisation mondiale de la santé animale, créé en 1924, a son siège à Paris. Il réunit 151 pays dont les délégués forment un « Comité international » et s'appuie sur les travaux de quatre commissions spécialisées et de cinq commissions régionales. Sa mission est d'informer et de conseiller les services vétérinaires de ses pays membres, afin de contribuer à l'éradication des maladies animales les plus dangereuses pour l'animal ou pour l'homme et de déterminer les normes sanitaires pour les échanges internationaux.
Parmi les maladies éventuellement transmissibles à l'homme et dont les foyers sont les plus souvent présents dans le monde des animaux sauvages, l'OIE vient de citer la tuberculose bovine, la brucellose, l'épizootie de rage vulpine, la fièvre charbonneuse, les tularémies, la fièvre de Vest Nile.
Parmi les maladies graves n'affectant que les animaux, l'OIE cite la peste porcine classique, la variole du crocodile, le syndrome de la trompe flasque, la conjonctivite aviaire aiguë.

◗ Docs en vrac

- Les dossiers de l'environnement, numéro 13, *La vache folle,* 1997, Inra.
- *Zoonoses et maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux,* N. Acha et B. Szyfres, OIE, 1989.
- Internet : http://www.oie.int/press
- Ministère de l'Agriculture, Inra...



Le coffret *Léo et l'eau,* support d'un programme départemental

En 1999, une expérimentation autour du coffret *Léo et l'eau* s'est déroulée dans une classe de CM2 dans le département des Côtes-d'Armor. L'évaluation positive de ce programme a permis de l'étendre à une vingtaine d'établissements du département à la rentrée 2000.

L'idée de cette expérimentation fait suite à un état des lieux des actions de santé menées en milieu scolaire, réalisé par le groupe prévention santé de la commission départementale de prévention[1]. En effet, le bilan effectué par le groupe fait état d'actions thématiques menées de manière ponctuelle auprès des élèves du département, actions peu inscrites dans une démarche véritablement éducative, non étayées par des outils adaptés.

Face à ce constat, le groupe s'est mis en quête de programmes d'éducation pour la santé intégrant une démarche participative des enfants, favorisant le développement de leurs compétences psychosociales et impliquant les enseignants concertés avec les équipes de santé scolaire. Au terme de cette recherche, le coffret *Léo et l'eau* est retenu. Il répond, en effet, à l'ensemble des critères définis et il permet au travers du thème de l'eau d'aborder la santé de manière globale et positive.

De l'expérimentation à la généralisation

Il fait l'objet d'une expérimentation auprès d'une classe volontaire de CM2 au cours de l'année scolaire 1998-1999. Cette phase d'expérimentation est pensée comme une phase préalable à une généralisation. Elle permet de tester *in vivo* le coffret auprès des élèves en situation réelle. Elle vise également une appropriation de l'outil par le groupe prévention santé et a pour ambition d'émettre à terme un certain nombre de recommandations utiles pour aider au bon déroulement du programme.

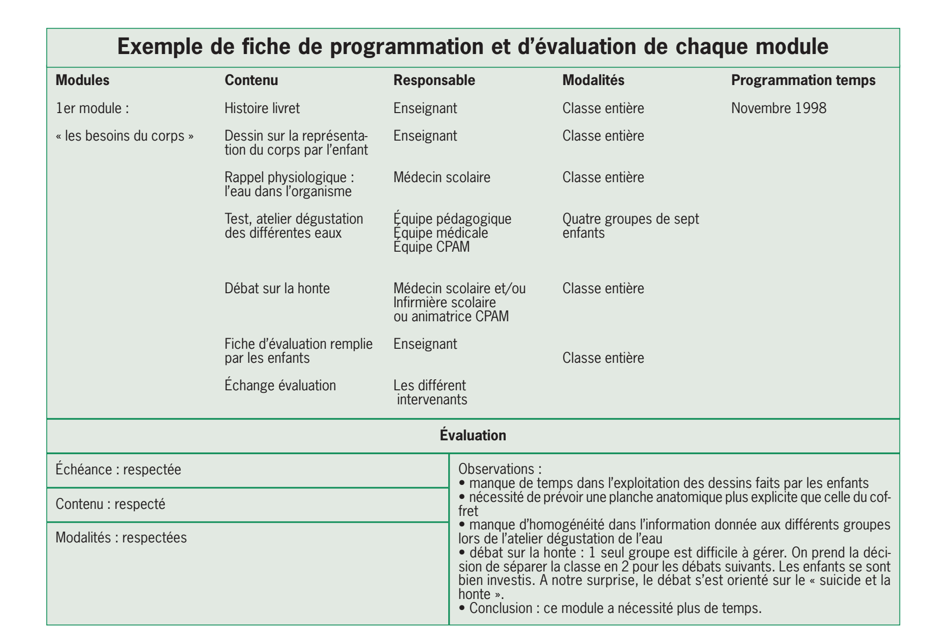
La phase expérimentale qui devait se dérouler dans une seule classe a finalement eu lieu dans deux, à la demande d'une seconde institutrice[2]. Les équipes mobilisées sont constituées d'une enseignante, du médecin et de l'infirmière scolaires, avec l'appui de l'animatrice de la caisse primaire d'Assurance maladie si l'équipe médicale scolaire est incomplète. Après avoir effectué un travail de découverte de l'outil, une information aux parents est donnée concernant le programme d'actions auquel leurs enfants vont participer. Ceux-ci le reçoivent bien et sont tout à fait favorables à son déroulement.

« On ne refera plus ça l'année prochaine ? »

Un travail de programmation est mis en place avec l'équipe intervenante. Ce travail permet de décliner l'action en huit étapes (du premier contact avec le maître au dernier temps d'échange et d'évaluation) et concerne à la fois le contenu des séances, le rôle respectif de chacun, les dates, les matériels requis, ainsi que des critères d'évaluation de ces étapes. Le travail avec les enfants se décompose en cinq modules permettant de suivre la progression proposée par le coffret. Chaque module accorde une place importante à l'évaluation au cours de laquelle peut s'exprimer le ressenti de chacun des membres de l'équipe. Elle permet également de réorienter le module suivant *(voir exemple de fiche ci-contre).*

Enfin, une phase de médiatisation de l'action a également lieu, qui permet aux élèves d'avoir un article dans un journal de presse locale. Cela provoque chez eux une certaine fierté et permet également de préparer la généralisation de l'action à l'ensemble du département l'année suivante.

L'évaluation finale, en juin 1999, permet de faire le point sur l'expérience menée pendant toute l'année scolaire et d'en faire ressortir les bénéfices, tant du côté des enfants que de l'équipe d'animation. Les enseignantes soulignent, en effet, une plus grande facilité pour les élèves à communiquer, ainsi qu'une meilleure gestion des conflits au sein de la classe. Les intervenants extérieurs (médecin et infirmière scolaires, ainsi que les animatrices de la caisse primaire d'Assurance maladie) relèvent au cours du programme un développement, chez les enfants, de l'écoute, du respect de l'autre et de la solidarité. De même, ils remarquent que les enfants voient d'un autre œil la médecine scolaire et que leur présence a favorisé la prise de parole. Les élèves eux apprécient visiblement de pouvoir s'exprimer sur des sujets qu'ils n'ont pas l'habitude d'abor-



Exemple de fiche de programmation et d'évaluation de chaque module

Modules	Contenu	Responsable	Modalités	Programmation temps
1er module :	Histoire livret	Enseignant	Classe entière	Novembre 1998
« les besoins du corps »	Dessin sur la représentation du corps par l'enfant	Enseignant	Classe entière	
	Rappel physiologique : l'eau dans l'organisme	Médecin scolaire	Classe entière	
	Test, atelier dégustation des différentes eaux	Équipe pédagogique Équipe médicale Équipe CPAM	Quatre groupes de sept enfants	
	Débat sur la honte	Médecin scolaire et/ou Infirmière scolaire ou animatrice CPAM	Classe entière	
	Fiche d'évaluation remplie par les enfants	Enseignant	Classe entière	
	Échange évaluation	Les différent intervenants		

Évaluation

Échéance : respectée	Observations : • manque de temps dans l'exploitation des dessins faits par les enfants • nécessité de prévoir une planche anatomique plus explicite que celle du coffret • manque d'homogénéité dans l'information donnée aux différents groupes lors de l'atelier dégustation de l'eau • débat sur la honte : 1 seul groupe est difficile à gérer. On prend la décision de séparer la classe en 2 pour les débats suivants. Les enfants se sont bien investis. À notre surprise, le débat s'est orienté sur le « suicide et la honte ». • Conclusion : ce module a nécessité plus de temps.
Contenu : respecté	
Modalités : respectées	

der en classe ou dans leur famille *« on pouvait se confier à quelqu'un »* dit l'un, *« avant on n'osait pas s'exprimer »* ajoute l'autre ; tout cela dans une ambiance d'écoute réciproque *« personne ne s'est moqué, on avait bien expliqué avant qu'il ne fallait pas rigoler et que tout le monde pouvait dire ce qu'il pensait »*.

Grâce à ces bons résultats, le groupe prévention santé et l'inspection académique décident la généralisation du programme à l'ensemble du département. Le groupe prévention santé tient désormais le rôle de groupe référent.

En 2000, ce dernier a réalisé un énorme travail de présentation du programme aux enseignants et aux médecins et infirmières scolaires. Il a effectué un recensement des équipes intéressées, puis un temps de formation a été mis en place. En effet, il a paru important de permettre aux équipes de s'approprier l'outil (et les adaptations qui lui ont été apportées pendant la phase d'expérimentation – atelier du goût, hygiène des mains, hygiène bucco-dentaire, dégustation d'eau –), de les former aux techniques de débat et de mise en situation et travailler avec elles à la création d'un cahier des charges.

À la rentrée 2000, ce sont donc vingt établissements qui développeront des programmes autour des coffrets Léo et Léa. Souhaitons donc à chaque équipe de pouvoir entendre comme leurs prédécesseurs ces mots de regret des enfants ayant expérimenté le coffret : *« on ne refera plus ça l'année prochaine ? »*.

Jacqueline Hellier
Responsable du secteur Éducation pour la santé,
caisse primaire d'Assurance maladie des Côtes-d'Armor,
Annie Le Coz
Médecin de l'inspection académique des Côtes-d'Armor,
Bruno Housseau
Chargé de mission, CFES.

1. Cette commission est composée de quatre groupes : prévention santé – conduites déviantes – enfance maltraitée, enfance à risques – absentéisme. Elle a été créée à l'initiative de l'inspecteur d'académie en 1995. Elle est composée de membres de diverses institutions locales (IA, CPAM, Codes, Ddass, DDJS, associations de parents).

2. En effet, le médecin scolaire de cet établissement faisait partie des trois médecins de l'inspection académique des Côtes-d'Armor qui suivaient une formation de l'ENSP de Rennes, parallèlement à l'expérimentation.

Témoignage de l'une des institutrices

Les débats avec les enfants sont une partie importante du programme proposé par les coffrets. Il est primordial de créer des conditions favorables à l'expression des enfants. À chaque débat, nous quittions le lieu-classe pour nous rendre au sein de l'établissement dans une pièce agréable, plus intime, où les enfants peuvent parler en toute décontraction. Chacun se place là où il le désire.
L'attitude des animateurs est également essentielle. Elle doit favoriser la parole des enfants. Posés et sereins, les adultes présents sont là pour écouter et non pas pour juger. Il est donc tout à fait important de définir l'attitude, le rôle à tenir en temps qu'adulte. Pourtant, je me suis posé un certain nombre de questions : faut-il seulement écouter ? Le point de vue de l'adulte n'est-il pas indispensable ? L'enfant n'attend-il pas une réponse ?

Lors des débats, l'enfant prend conscience qu'il n'est pas seul face à son problème (les disputes avec la petite sœur, le manque d'appétit ou plus grave l'alcoolisme d'un adulte, etc.) et qu'il n'est pas seul à le vivre au quotidien. Même s'il n'en parle pas, le débat va forcément l'aider.
Quoiqu'il soit sans doute rare qu'un enfant se livre en public, les débats peuvent permettre de dépister un cas lourd, auquel cas il est important que l'enfant puisse être pris en charge le plus rapidement possible de manière à ce qu'il ne regrette pas ses paroles publiques. Cet enfant a en tout cas la possibilité de rencontrer un des adultes en privé.
C'est aussi pour cela **que les numéros de téléphone du médecin scolaire et du réseau d'aide de l'école sont affichés en permanence dans la classe.**
Chacun des élèves est amené à réfléchir sur le comportement de ses camarades, chacun peut prendre position ou bien se forger silencieusement son propre jugement.
Si les débats sont utiles aux enfants, ils sont aussi enrichissants pour l'institutrice. Au même titre qu'une classe de découverte, les débats permettent de **mieux connaître les élèves et de créer des liens forts, souder une équipe.**
Ne serait-ce que pour un seul enfant qui aurait besoin de se confier, d'être entendu ou de poser des questions dites « tabous », les débats se justifient et devraient à mon avis être généralisés dans les écoles.



Développer l'éducation pour la santé des patients à l'hôpital

Depuis plusieurs années, le Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) du Languedoc-Roussillon est impliqué dans l'accompagnement institutionnel et dans le soutien des équipes hospitalières engagées dans des projets éducatifs. Cet exemple témoigne de la manière dont un comité, mais aussi d'autres acteurs de l'éducation pour la santé, peuvent contribuer à promouvoir la qualité de l'éducation des patients dans le cadre de leurs missions.

Une incitation réglementaire et une réalité de terrain

L'éducation pour la santé des patients devrait se développer à l'hôpital (la loi hospitalière du 31 juillet 1991 précise que *« les établissements de santé participent notamment à des actions d'éducation pour la santé et de prévention »*) et, en particulier, à travers les infirmiers (décret du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, dont l'article 1 précise que *« les soins infirmiers, préventifs, curatifs et palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative »*).

Face au développement des pratiques d'éducation du patient, les comités d'éducation pour la santé inscrivent l'éducation du patient dans une perspective plus large de santé entendue comme qualité de vie pour laquelle les patients sont des acteurs à part entière aux côtés de professionnels de santé, mais aussi d'autres partenaires institutionnels, associatifs et familiaux.

Le Cres du Languedoc-Roussillon participe par convention au Comité hospitalier d'éducation pour la santé et de prévention (Chesp) créé en 1994 par le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier (composé de représentants de l'administration, des médecins et des soins infirmiers et présenté dans deux numéros précédents de *La Santé de l'homme,* n° 324 et n° 341). Cette participation basée essentiellement sur l'appui méthodologique permet au Cres de concourir à la définition de la politique du CHU dans ce domaine.

Identifier les pratiques

À l'initiative du Chesp, une enquête a été menée auprès des différents services sur leurs pratiques éducatives (identifier les actions menées et les publics visés, les moyens mis en œuvre, etc.), ainsi que sur leurs attentes et besoins pour développer cette mission.

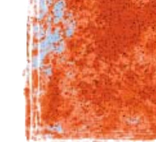
Les résultats montrent la diversité des services engagés dans des projets d'éducation des patients qui ne se limitent pas aux maladies chroniques, même si celles-ci sont très représentées. Les professionnels ayant répondu à l'enquête précisent leurs attentes pour développer leurs missions de prévention et d'éducation. À côté d'une demande de reconnaissance institutionnelle des pratiques éducatives, le besoin de formation et de soutien méthodologique, en particulier pour l'évaluation, est fortement souhaité par les équipes.

Répondre aux besoins de formation

À Montpellier, la formation a pu particulièrement se développer dans le cadre de la formation continue en proposant progressivement des sessions de formation sur « les concepts de base en éducation et prévention », « la méthodologie de projet », « la relation éducative dans le projet de soins », « le travail en réseau » avec les partenaires extra-hospitaliers, ainsi que la formation de « référents en éducation pour la santé des patients » dans le cadre du plan de formation du CHU. Ces formations sont le fruit d'une concertation entre le Chesp, le Cres, la direction des Soins infirmiers et le service Formation du CHU qui en assure le pilotage. L'éducation pour la santé des patients à l'hôpital ne pouvait se développer unique-

Les sept missions des comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé

- Accueillir et documenter le public
- Amplifier localement les programmes nationaux du CFES
- Développer localement des programmes prioritaires
- Assurer la formation initiale et continue dans le domaine de l'éducation pour la santé
- Contribuer à la concertation, la coordination et la communication
- Fournir un conseil méthodologique en éducation pour la santé
- Participer à la définition des politiques de santé



ment avec les compétences du corps infirmier du CHU. Les nouvelles formations mises en place ont impliqué des décloisonnements et ont concerné, en plus des infirmières, les travailleurs sociaux, les médecins et les professionnels extra- hospitaliers (infirmiers libéraux, associations, services du conseil général, établissements d'accueil ou d'hébergement, etc.).

Le CHU a récemment recruté un emploi jeune « conseiller en éducation pour la santé et prévention », témoin de l'émergence de ce nouveau métier au sein de l'hôpital. Le comité assure sa formation en « éducation pour la santé » lui permettant de mieux trouver sa place dans cette fonction.

Apporter un soutien méthodologique

L'accompagnement méthodologique des équipes soignantes s'engageant ou déjà engagées dans des projets d'éducation est également une des aides que les comités peuvent apporter. En tant que partenaires extérieurs à l'institution, les professionnels des comités peuvent aider les équipes soignantes à prendre du recul pour analyser les besoins des patients relevant de l'éducatif, reformuler les objectifs, reconsidérer les stratégies éducatives et aider à **l'évaluation** de projets déjà en cours. L'accompagnement sous forme de rencontres au sein des services permet de mieux comprendre les problèmes auxquels sont confrontés les équipes et aux différents membres de l'équipe de s'exprimer dans la recherche concertée d'amélioration des pratiques.

La concertation, la communication et la coordination entre les différentes initiatives au sein de l'hôpital ou à l'extérieur sont essentielles. La formation est un moment privilégié et très apprécié pour développer les échanges entre équipes, elle est complémentaire des initiatives institutionnelles de plus grande envergure, comme les rencontres régionales ou nationales du Chesp auxquelles le Cres a activement contribué en participant à l'élaboration des programmes, au choix des communications, à l'accompagnement des équipes qui souhaitaient présenter une communication.

La documentation disponible dans les comités d'éducation pour la santé est très complémentaire de celle qui existe dans les services, plus centrée sur les pathologies et, en ce qui concerne le champ de l'éducation, souvent issue des laboratoires pharmaceutiques. L'accès des professionnels à cette documentation, que ce soient les ouvrages ou les revues de référence en éducation du patient, est une condition de qualité des pratiques et du développement de la recherche et de publications dans ce domaine.

Le Cres partage avec le Chesp le souci de ne pas se substituer aux équipes directement en contact avec les patients, mais d'être présent sous forme d'accompagnement (respectivement méthodologique et institutionnel) pour favoriser le développement d'initiatives éducatives de qualité ainsi que les occasions de rencontres et d'échanges.

Les professionnels de santé hospitaliers peuvent ainsi rester en première ligne en intégrant la dimension éducative dans leurs différents métiers. Ils semblent apprécier l'appui apporté, dans ces conditions, par le comité, ainsi que les valeurs sur lesquelles il s'appuie.

Cette expérience illustre ce que des compétences d'éducation pour la santé peuvent apporter à l'hôpital : réfléchir et mettre en œuvre la complémentarité entre démarches de soins et démarches éducatives, ouvrir les équipes soignantes aux concepts et aux valeurs de promotion de la santé.

Catherine Corbeau
Médecin, chargée de projet
au Cres du Languedoc-Roussillon,
Claude Terral
MCUPH, Président du Cres
Languedoc-Roussillon, Montpellier.



Intervenir auprès des populations immigrées

Faïza Guelamine

L'installation des familles immigrées sur le territoire français est un fait relativement ancien, pourtant les intervenants sociaux restent parfois démunis quant aux réponses à apporter aux problèmes rencontrés par ces usagers.
Dans cet ouvrage, l'auteur analyse les conditions de vie et d'intégration des immigrés en France. Elle s'interroge sur la place du facteur culturel dans l'évaluation des situations familiales. Elle pose la question des mécanismes et des effets pratiques discriminatoires dans le domaine de l'emploi et de l'accès aux droits sociaux. Enfin, l'auteur apporte un certain nombre de repères d'ordre historique, politique, juridique, sociologique et culturel, relatifs aux situations migratoires en France.
L'annexe comprend une liste d'adresses utiles, ainsi que les textes d'une loi et d'un décret portant sur les conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.

Paris : Dunod, coll. Action sociale, 2000, 167 pages, 140 FF.

Savoir parler avec son médecin

Le guide de la nouvelle relation patient-médecin

Tim Greacen

Fondé sur le constat que le patient d'aujourd'hui veut comprendre ce qui lui arrive, cet ouvrage est un guide pratique qui donne de nombreuses clés pour favoriser et améliorer la communication du patient face au médecin et au système de soins en général. Il décrit la stratégie à suivre pour choisir le bon médecin selon les problèmes rencontrés : se comporter de façon efficace avant, pendant et après la consultation ; supprimer les barrières à la communication, de nature psychologique ou autre ; faire entendre ses droits.
Illustré par de nombreux exemples et informations pratiques, tenant compte des études récentes sur la question, ce guide aborde les difficultés du dialogue médecin-malade. Il fait également avancer la réflexion, fournissant des conseils sur la meilleure façon de devenir « acteur de sa santé », en se référant aux droits des malades. L'annexe comprend une sélection de sites Internet sur la santé.

Paris : Retz, coll. Savoirs pratiques, 2000, 208 pages, 94 FF + 20,80 F de port (Alternative Santé – L'Impatient, 11, rue Meslay, 75003 Paris).

Enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires

Enquête Inca.
Jean-Luc Volatier (coord.)

Les consommations alimentaires de 3 003 individus âgés de 3 ans et plus, représentatifs de la population française, ont été relevées à l'aide d'un carnet de consommation pendant sept jours consécutifs en 1998-1999. L'analyse a porté sur deux types d'informations : les informations comportementales (nombre de prises alimentaires, lieu des repas, nombre de plats à chaque repas) et sur les informations nutritionnelles quantitatives et qualitatives sur les aliments consommés.
Les résultats sont présentés à chaque fois séparément entre les adultes (15 ans et plus) et les enfants (3 à 14 ans). Chez les adultes, le degré d'implication dans l'alimentation demeure élevé et les trois dimensions essentielles d'une bonne alimentation restent santé, qualité et plaisir.
La perception générale des risques alimentaires passe principalement par le sentiment de dégradation de la qualité des produits alimentaires depuis les dix dernières années. Au niveau des apports nutritionnels, les principales évolutions repérées pour les adultes et les enfants sont la diminution des lipides malgré une stabilisation des apports énergétiques, une consommation toujours assez forte d'acides gras saturés et une consommation de sucres simples ou de boissons sucrées à un niveau moins élévé que dans les pays anglo-saxons.
Du point de vue des comportements et des attitudes, l'intérêt des enfants pour l'alimentation est lié aux notions de forme et de plaisir, et la famille reste leur principal lieu d'information.
La plupart des données recueillies font l'objet de comparaisons, soit avec des données françaises de 1994, soit avec des données étrangères.

Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc), Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), ministère de l'Agriculture et de la Pêche.

Paris : Tec & Doc, 2000, 176 pages, 249 FF. Disponible dans toutes les librairies spécialisées et à la librairie Lavoisier (11, rue Lavoisier, 75008 Paris – Tél. : 01 42 65 39 95).



Prévenir la violence scolaire

Un CD-Rom conçu par Sif Ourabah et Jean-François Pillet

Ce CD-Rom propose un panorama et des pistes de prévention de la violence scolaire. Il est structuré en quatre grands « chapitres ».

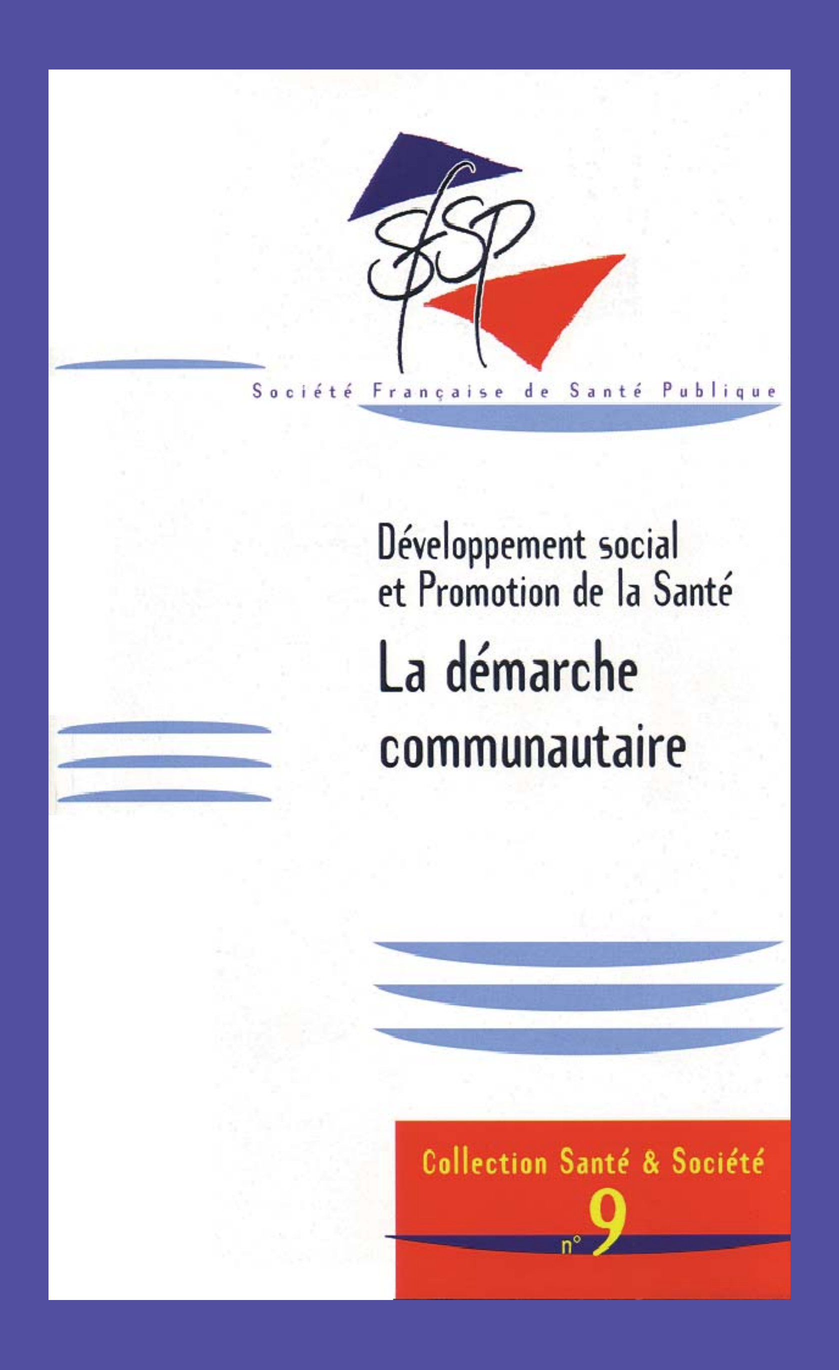
Le premier propose des définitions et des textes sur la violence en milieu scolaire, ses causes, ses manifestations, ses conséquences, sur les enseignants en particulier. Pour chacun des thèmes, on peut accéder à un texte de présentation, l'avis d'un expert médecin psychiatre et des questions réponses.

La deuxième partie est organisée autour de quatre thèmes : Prévenir, Violences au quotidien, Violences extrêmes, Réagir. Pour les violences quotidiennes, des situations sont analysées et assorties de réactions possibles. Pour les violences extrêmes, des séquences filmées qui mettent en scène enseignants et élèves sont commentées par une psychologue qui propose des attitudes adaptées à la gestion des tensions et des conflits.

La troisième partie propose des activités à mener avec les élèves : comment agir dès la rentrée, animer un débat avec des élèves, présenter la loi aux adolescents. Pour mener ces activités, on peut imprimer les outils suivants : une charte anti-violence, un photolangage, un questionnaire, un guide d'actions et d'exercices pratiques à réaliser avec les élèves.

Enfin, la quatrième partie fournie une bibliographie comportant une trentaine de titres avec résumé et extrait, des reportages vidéos, une centaine d'adresses utiles et plus de cinquante sites Internet pour enrichir et actualiser les données proposées.

Adosen, Fas, MGEN, 2000, 130 FF, réalisation : Efficience Multimédia. (Adosen, Tour Maine Montparnasse, 33 avenue du Maine, 75015 Paris – Tél. : 01 45 38 71 93).



La démarche communautaire

Développement social et promotion de la santé

En vente à la Société Française de Santé Publique et au Comité Français d'Éducation pour la Santé.